

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE GRADO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE

Centro Universitario Regional Zona Atlántica

CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

“Representaciones sociales de les enfermeras respecto a mujeres en proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el servicio de Maternidad e Infancia del Hospital Área Programa Viedma Artémides Zatti entre los meses de Agosto y Noviembre del año 2022”

Eliana Belén Echevarría N° Legajo:115834

Dirección: Lihuen Ailiñ Gallo

Co-dirección: Nancy Osses

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi madre, a mis abuelas, a mis ancestras y a mis raíces, por sus luchas, por la vida. Porque a pesar de que sufrimos el peso del patriarcado, seguimos luchando....

Agradezco a cada mujer que me compartió su historia de lucha y rebeldía, su tiempo de militancia a lo largo de la historia. A la "tribu", que con ellas me encuentro y desandamos caminos.

Agradezco el tiempo transitado y la participación de mis colegas enfermeras que aportaron su voz en la investigación.

Quiero agradecer a la Directora de tesis, Ailiñ Gallo y la Co-directora Nancy Osses, por el acompañamiento, el encuentro y el abrazo feminista de siempre.

Dedicatoria

A Malena. Este camino es tuyo

Nunca dejes de luchar

Índice

Capítulo I

Delimitación del problema.....	10 pág.
Objetivos.....	14 pág.
Marco metodológico.....	15 pág.

Capítulo II

Marco teórico.....	20 pág.
Estado del arte.....	40 pág.

Capítulo III

La maternidad: características de un servicio.....	48 pág.
IVE en la maternidad.....	52 pág.

Capítulo IV

Análisis de datos.....	55 pág.
Aborto espontaneo Vs aborto voluntario.....	60 pág.
Otras complicaciones.....	62 pág.

Capítulo V

Conclusión.....63 pág.

Recomendaciones.....66 pág.

Capítulo VI

Bibliografía.....67 pág.

Anexos.....70 pág.

Resumen:

La IVE en el Servicio de Maternidad del Hospital Zatti irrumpe en los escenarios de cuidado de las enfermeras del servicio. Surgen las inquietudes frente a lo desconocido, a un fenómeno social que ingresa al sistema de salud con la fuerza de desestabilizar las construcciones sociales entorno a la mujer y sus mandatos. Este fenómeno adquiere mayor polémica por la trayectoria histórica de lucha de mujeres organizadas de los sectores populares.

En el análisis de los datos que se recuperan en la investigación, se logra evidencia la fuerte prevalencia del Modelo Médico Hegemónico como práctica de poder entre los profesionales de la salud y afectando directamente en el trato con las mujeres que ingresan a la maternidad.

La investigación se desarrolló con la intención de describir y comprender las representaciones sociales de las enfermeras del servicio de Maternidad del Hospital Artemides Zatti en relación a la mujer que ingresa para IVE en los meses de agosto y noviembre del año 2022. De esta manera, se optó por la construcción de un estudio con enfoque cualitativo de corte transversa, tomando como muestra a una población de 9 enfermeras del servicio de maternidad. Donde solo se logró entrevistar a 4 Licenciadas en Enfermería. La observación fue de manera progresiva conociendo con anterioridad el servicio y la dinámica de trabajo. Los datos recolectados fueron registrados en un cuaderno de campo.

Los resultados demuestran que las representaciones sociales que circulan en el equipo de enfermeras que trabajan en el servicio de maternidad, influyen y operan en el cuidado y atención a las mujeres que ingresan por una IVE. También se reconoce, los emergentes que aparecen como factores, obstaculizando la atención y los cuidados adecuados.

Palabras claves: representaciones sociales, mujeres, enfermería, IVE

Summary:

The IVE in the Maternity Service of the Zatti Hospital breaks into the care scenarios of the service's nurses. Concerns arise regarding the unknown, a social phenomenon that enters the health system with the force of destabilizing the social constructions surrounding women and their mandates. This phenomenon becomes more controversial due to the historical trajectory of the struggle of organized women from the popular sectors.

In the analysis of the data recovered in the research, the strong prevalence of the Hegemonic Medical Model as a practice of power among health professionals and directly affecting the treatment of women entering maternity is evident.

The research was developed with the intention of describing and understanding the social representations of the nurses of the Maternity service of the Artemides Zatti Hospital in relation to the woman admitted for IVE in the months of August and November of the year 2022. In this way, opted to construct a study with a cross-sectional qualitative approach, taking as a sample a population of 9 nurses from the maternity service. Where only 4 Nursing graduates were interviewed. The observation was progressive, knowing the service and the work dynamics in advance. The data collected was recorded in a field notebook.

The results demonstrate that the social representations that circulate in the team of nurses who work in the maternity service influence and operate in the care and attention of women admitted for an IVE. It is also recognized that emerging factors appear to hinder adequate attention and care.

Keywords: social representations, women, nursing, IVE

Introducción:

La siguiente investigación se propone con el objetivo de describir y comprender las representaciones sociales de les enfermeras respecto a mujeres internadas en proceso de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en el servicio de Maternidad e Infancia del Hospital Área Programa Viedma Artémides Zatti entre los meses de agosto-noviembre de 2022.

Es necesario aclarar que esta investigación se desarrollará con perspectiva de género¹, utilizando el lenguaje inclusivo, se utilizará la letra “e” para identificar pluralidad y la diversidad de género en grupos donde hay más de una identidad de género. Desde una posición ética y política implica reconocer las relaciones de poder que se dan entre los diversos géneros. Estas relaciones se han instalado social e históricamente. La autora, hará foco en el lenguaje inclusivo para seguir deconstruyendo el entramado social que nos rodea y para construir, desde el espacio en el que se desarrolla la investigación, una realidad donde se reconozca la perspectiva de género. (Salas, Buedo y Prieto, 2019. pág. 5)

El interés por el tema surge por motivos personales de la autora en el año 2018 cuando se debate en nuestro país la legalidad del aborto en el Congreso de la Nación, su participación feminista en las organizaciones locales recobra sentido en el ámbito hospitalario de la salud pública, en los cuales la autora desarrolla sus actividades laborales. El debate mencionado abre una gran grieta en el sistema de salud. Frente a esa mujer se presenta una gran disyuntiva. Se la expone a un aborto inseguro o se la acompaña. En este sentido surge la necesidad, entre las mujeres y en el colectivo feminista, de profesionales que reconozcan y garanticen los derechos ampliados de las mujeres, que respeten sus elecciones y su autonomía y que se propongan nuevas formas de relaciones de poder dentro de los espacios hospitalarios y comunitarios.

¹ Perspectiva de género: Inicialmente, el género como concepto teórico surge desde los ámbitos militantes feministas y posteriormente académicos para analizar las desigualdades entre varones y mujeres, dado que hasta ese momento se justificaban y legitimaban a partir de las diferencias biológicas entre unos y otras. perspectiva de género permite analizar cómo operan las representaciones sociales, los prejuicios y estereotipos en cada contexto social. Podemos decir que el concepto de género abre y cuestiona “verdades absolutas” que muchas veces naturalizan las desigualdades entre varones y mujeres.

Los datos que se recolectan en esta investigación derivan de las entrevistas realizadas a las enfermeras de la sala de internación de la Maternidad del Hospital Artemides Zatti, donde a través de la observación se logra dar respuesta a los interrogantes en este estudio.

Debe resaltar, que los datos que se obtuvieron de las entrevistas semiestructuradas y la observación dieron lugar a nuevos emergentes, los cuales no se tuvieron en cuenta durante la construcción de la investigación dejando en evidencia la necesidad de repensar el cuerpo de las mujeres en el servicio de maternidad y nuevas formas de abordar el trabajo interdisciplinario.

Luego del gran fenómeno social, la “Marea Verde”, en el año 2018 en la cual mujeres organizadas vuelven a proclamar el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Es ahí, donde las representaciones sociales se fueron construyendo en las calles, en las casas, en las escuelas y en los hospitales. Este fenómeno mostro las diferentes maneras de pensar, sentir y ver a cada mujer.

Con el objeto de obtener el título de grado correspondiente y en cumplimiento de las normativas vigentes para la elaboración de un plan de tesis de la carrera de Licenciatura en Enfermería del Centro Universitario Regional Zona Atlántica (CURZA), se elabora el presente proyecto, el que se encuentra integrado por seis partes. Así, en el primer capítulo se delimita el problema, se presentan los objetivos generales y específicos concebidos a partir de las preguntas de investigación y el marco metodológico. En el capítulo segundo se presenta el estado de arte y el marco teórico. En el tercero, se aborda las características del campo de estudio. En el cuarto capítulo se analizan los datos obtenidos. En el quinto, conclusión y recomendaciones. Y por último, capítulo seis que incluye bibliografía y anexos.

Capítulo I:

Delimitación del problema:

El cuidado es la esencia, el arte y la razón de ser de la enfermería. Es un acto interactivo, constructivo y de aprendizaje entre sujetos de emociones, pensamientos y expresiones.

Pensar en el cuidado de enfermería como la esencia de la profesión, como esa acción terapéutica que se sostiene en un tiempo y espacio hospitalario, de la cual resulta difícil trasladar a escenarios comunitarios.

No obstante, en el ejercicio de la profesión se puede visualizar la construcción social de un cuidado hegemónico, religioso y patriarcal de la cual la enfermería intenta históricamente liberarse, proponiendo una lucha que reivindique los cuidados democráticos. (Mendizábal; 2018, pág. 62)

En el año 2018, se vuelve a traer y cuestionar la despenalización del aborto en la argentina, donde existe por parte del Estado y el sistema de salud público una clara ausencia. Las mujeres que deciden abortar se ven atravesadas en el escenario de la clandestinidad, dejando en evidencia las brechas sociales y aumentando la mortalidad materna. (Borini y Migueles, 2015 pág. 30)

Interrumpir un embarazo en condiciones seguras en Argentina es un privilegio de quienes poseen los recursos y la información para realizarlo sin poner en riesgo su vida. La cuestión no es aborto si o aborto no, puesto que miles de mujeres continuarán interrumpiendo su embarazo, sino aborto legal o aborto clandestino. (Laura Kim, 2012. pág. 64)

El protocolo de la Organización Mundial de la Salud (2017) asegura que cada año, se producen 22 millones de abortos inseguros. Casi todos los abortos inseguros (98 %) se producen en países en vías de desarrollo. La cantidad total de abortos inseguros ha aumentado de alrededor de 20 millones en 2003 a 22 millones en

2008, si bien la tasa global de abortos inseguros no se ha modificado desde el año 2000 y aproximadamente 47 000 muertes relacionadas con el embarazo son provocadas por complicaciones de un aborto inseguro. Además, se estima que 5 millones de mujeres sufren incapacidades como resultado de las complicaciones de un aborto inseguro.

Según datos del Ministerio de Salud de la Nación (2015) se considera que en la Argentina se realizan entre 370 y 522 mil interrupciones de embarazos por año. Estas cifras son estimativas ya que, por tratarse de una práctica clandestina, no se dispone de datos precisos. La única información disponible al respecto es el número de hospitalizaciones producidas en los establecimientos públicos por complicaciones relacionadas con abortos. No obstante, este dato no distingue entre abortos espontáneos y provocados, por lo que representa solo una fracción de los que ocurren anualmente.

El feminismo comprometido con la conquista del aborto voluntario logro desestabilizar los sentidos asociados a esa práctica, que se han cristalizado, de maneras diversas, en las principales regulaciones restrictivas. Así, sus argumentos fueron una cuña en los discursos religiosos, legales o científicos que impregnaban al aborto reduciéndolo a un entramado compuesto por pecado, delito y enfermedad. De esta forma, puso en circulación- en las calles, en los medios de comunicación, en las universidades y en los parlamentos, entre otros espacios- una construcción diferente del aborto que comenzó a ocupar un lugar protagonista en la política sexual contemporánea. (Mabel Bellucci, 2014; pág. 10)

En los últimos años se debatió que el aborto sea seguro, libre y gratuito, y fue así que el 24 de enero de entró en vigencia en todo el país la Ley nacional N° 27.610 que regula el acceso a la IVE y a la atención postaborto. La ley es de orden público y esto implica que sea de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina.

El objeto de la ley, tal como establece su artículo 1, es regular el acceso a la IVE y a la atención postaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el

Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible. (Ministerio de Salud, Argentina; 2021)

En el caso de Río Negro, desde el año 2012, existe la Ley N° 4796 y su reglamentación del año 2016, que regula el procedimiento para llevar adelante un aborto no punible. En este marco la salud pública, registró en promedio una interrupción legal del embarazo (ILE) cada 34 horas de julio a diciembre de 2017. Esta información surge a partir del registro de 130 prácticas informadas por los hospitales y centros de salud en esos seis meses. (Ministerio de Salud de la Nación, 2017)

Cientos de mujeres abortan en los hospitales de la provincia de Río Negro todos los años. Entre el 80% y el 98% de estas prácticas son químicas, no quirúrgicas. (Socorristas en red, 2016)

La ley rionegrina N° 4796 establece que una persona gestante puede pedir la interrupción del embarazo en caso de violación o cuando haya peligro “para la vida o para la salud integral de la mujer”, sin que sea necesaria “la acreditación de una enfermedad ni que el peligro sea de una intensidad determinada”, según el decreto reglamentario 182/16. (Socorristas en red; 2018)

Cuando emerge la IVE, como problemática social. Llega para impactar y desestabiliza los discursos hospitalarios los profesionales de la salud. Generando tensión e intercambios en las conductas y la comunicación entre las enfermeras.

Durante los encuentros Plurinacionales y Pluriregionales de los años 2016 y 2017, se debate la legalización del aborto como eje central en muchas conversas feministas. Donde testimonios de mujeres que transitaron un aborto afirman que les profesionales de la salud se negaban a atenderlas basándose en objeciones de conciencia. Demorando el cuidado y poniendo en riesgo la salud y la vida de las mujeres.

Les enfermeras que dan a conocer su desacuerdo con respecto a la IVE, por razones sujetas a sus valores morales y éticos, acuden a la objeción de conciencia contemplado en el Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería².

Es así que para lograr dar un giro en aquellas situaciones donde se compromete el cuidado en mujeres que decidieron interrumpir su embarazo, es preciso conocer qué representaciones sociales operan en las enfermeras en relación a la IVE y de qué manera, éstas representaciones influyen en el ejercicio de su práctica.

Las representaciones sociales permiten la construcción de una realidad social de la IVE y de las mujeres que solicitan esta intervención. Pero además, otorgan una “visión” que poseen las enfermeras que utilizan para actuar y tomar posición ante esta problemática.

Es por ello, que se considera importante la realización del estudio, formulándose los siguientes interrogativos que se constituyen como ejes de la investigación:

¿Cuáles son las representaciones sociales de las enfermeras del servicio de Maternidad e Infancia del Hospital Artemides Zatti con relación a la IVE?

¿Cuáles son las características personales (genero, religión, edad, formación, antigüedad laboral) que intervienen en la planificación de cuidados de las enfermeras en el servicio de Maternidad e infancia del Hospital Artémides Zatti con relación a la IVE?

¿Cuáles son las dimensiones (saberes, actitudes, prácticas, discursos) que se distinguen con relación a la IVE que las enfermeras del servicio de Maternidad e Infancia del Hospital Artémides Zatti construyen?

Esta investigación pretende describir y comprender de qué manera las Representaciones Sociales de las enfermeras determinan las condiciones en que son pensadas las acciones y la conducta frente al proceso de IVE en las internaciones de mujeres que lo solicitan.

Objetivos:

Los objetivos que impulsaron las acciones en esta investigación, fueron pensados desde una óptica feminista y un posicionamiento político, militante e ideológico.

El objetivo general pretende comprender las representaciones sociales que poseen las enfermeras del servicio Maternidad e Infancia del Hospital Artémides Zatti Área Programa Viedma Rio Negro con relación a la IVE.

Como primer objetivo específicos se describen las características (religión, género, edad, formación, antigüedad laboral) personales de cada enfermere que interviene en el servicio de Maternidad e Infancia del Hospital Artémides Zatti.

Como segundo objetivo se busca conocer que saberes, prácticas y discursos operan en los cuidados de enfermería dirigidos a las mujeres que ingresan por una IVE en el servicio de Maternidad e Infancia del Hospital Artémides Zatti.

Marco metodológico

Tipo de estudio:

El tipo de estudio que se utilizó en esta investigación fue descriptivo y de corte transversal. Se logró precisar un evento específico de la realidad de quienes la viven; en este caso, cómo operan las representaciones sociales en las acciones de enfermería dirigido a las mujeres que deciden una IVE. Fue de corte transversal porque las categorías fueron estudiadas en una sola oportunidad durante el tiempo que duro el estudio, se realizó en un momento determinado de tiempo (agosto-noviembre de 2022) en la institución de salud Hospital Artémides Zatti de la ciudad de Viedma, Río Negro, Argentina.

Vale mencionar en este punto, que dada la flexibilidad del estudio, se deja abierta la posibilidad de sufrir cambios sobre el diseño original.

Método:

Dado que el objeto de esta investigación son las representaciones sociales, se optó por la metodología cualitativa, ya que la misma, tal como expresa la autora Vasilachis de Gialdino (2014. pág 57) “Se interesa por la forma en la que el mundo es comprendido, experimentado, producido; por el contexto y por los procesos; por la perspectiva de los participantes, por sus sentidos, significados, experiencias, conocimientos y relatos”.

Se trata entonces de un tipo de investigación que busca la comprensión del fenómeno estudiado desde las representaciones sociales que están en juego. Implica estar en condiciones de adoptar la perspectiva del otro, capturar el asunto en su máxima riqueza, atendiendo a la mayor parte de los aspectos que puedan ser relevantes, aun cuando no siempre resulte sencillo precisarlos. El relevamiento de datos se realizará en sus contextos sociales y es flexible, lo que implica que pueden tomarse decisiones metodológicas del diseño a lo largo del proceso de

investigación de acuerdo a la información que se va recabando en el campo. (Archenti, Marradi y Piovani, 2007)

Esto requiere una constante reflexividad de la investigadora en relación a la implicación valorativa, subjetiva, social, en la construcción de los datos. Recuperando finalmente a Maxwell (1996) No se trata de confirmar, corroborar o verificar teorías o hipótesis, sino de partir de los datos para reconstruir los sentidos y significados que socialmente se le dan al fenómeno estudiado.

Población y muestra

El universo de estudio se encuentra constituido por: 9 enfermeras en el sector de Maternidad del Hospital Artémides Zatti entre los meses de agosto y noviembre del año 2022.

Criterios de inclusión y exclusión

El criterio de inclusión para las enfermeras del servicio de Maternidad del Hospital Artémides Zatti que se tuvo presente durante la investigación son los siguientes:

1. Pertenecer al equipo de enfermería del servicio de maternidad independientemente de los roles adquiridos y la formación académica.
2. Manifestar explícitamente de manera voluntaria la participación en el estudio firmando el consentimiento informado.

El criterio de exclusión para las enfermeras del servicio de Maternidad del Hospital Artémides Zatti que se tuvo presentes durante la investigación son los siguientes:

1. No pertenecer al equipo de enfermería del servicio de internación o no encontrarse en tareas laborables al momento de realizarse la recolección de datos cualquiera fuera la causa.
2. Expresar su negatividad a la participación del estudio.

Fuente de información:

La fuente de información que se utilizó fue primaria, dado que los datos se obtuvieron directamente de los actores claves, en este caso el equipo de enfermeras del servicio de Maternidad del Hospital Artémides Zatti.

Técnicas de recolección de datos:

Para recoger los datos que ofrezcan les enfermeras se aplicó como instrumento la entrevista semiestructurada y la observación en las jornadas laborales en los tres turnos (mañana, tarde, noche) durante el periodo propuesto en los meses de agosto y noviembre en el Hospital Artémides Zatti, logrando interaccionar con cada enfermere, previo a toda acción se presentará al servicio de Maternidad el consentimiento informado y las autorizaciones correspondientes.

Durante la observación se encontraron aspectos del fenómeno que fueron de interés y de relevancia para la construcción de la investigación, en la que se da a conocer con total libertad. La presencia fue visible y abierta, dando a conocer los fines y la existencia de la observación en los cuidados dirigidos a las mujeres hospitalizadas por IVE. La observación se llevó a cabo de manera cotidiana en el contexto diario donde se desarrolla el fenómeno social.

La entrevista semiestructurada fue guiada por una serie de preguntas previamente formuladas, que sirvieron de disparadores para iniciar la conversación y guiar a las participantes en la investigación. Cada encuentro duro uno tiempo estimativo de treinta minutos y se llevó a cabo en el momento laboral en el que se encontraban las entrevistadas. El espacio fue privado dentro de la institución, las entrevistas fueron grabadas, transcritas y luego analizadas.

Se realizó, con anterioridad una prueba preliminar, donde se eliminó las preguntas mal formuladas, confusas e incomprensibles. Asimismo, se observó si algunas de les participantes sentía incomodidad al responder las preguntas. Del mismo modo, se logró reconocer si las respuestas fueron acordes a las preguntas de investigación.

Operacionalización de las categorías:

Con el fin de evitar confusiones se realizó una definición precisa de las categorías que se estudian para entender cada término. De esta manera se procesaron las categorías a un plano más concreto procesando al máximo el significado que se le otorga a las categorías que determinan el estudio.

Durante la investigación, las categorías se mantuvieron de igual manera. Para lo cual, se sostuvo como categorías primarias a la edad, el género, los años de servicio, creencias religiosas y formación académica. Como categorías complejas se analizan las diferentes dimensiones e indicadores que son atribuibles a las representaciones sociales que poseen cada enfermera entrevistada del servicio de maternidad del Hospital Artemides Zatti. Se dará explicación y análisis en el desarrollo de este trabajo.

En cuanto a los aspectos éticos que acompañan a esta investigación se informó previamente a la máxima autoridad del Hospital Artémides Zatti, a través de una nota, la presentación del proyecto y su intervención en el servicio de Maternidad. (Anexo II)

Así también, las personas implicadas en la investigación, fueron informadas de manera adecuada, accesible y comprensible y, bajo los principios de autonomía y libre determinación expresando por escrito su consentimiento para la participación del proyecto. (Anexo III)

La viabilidad de este proyecto de investigación es regulable a través de los recursos bibliográficos de fuentes primarias como historias clínicas, libros, revistas, internet, etc. El recurso teórico es recolectado en la biblioteca del Centro Universitario Nacional del Comahue, como así también, se utilizan los dispositivos tecnológicos que brinda el espacio.

El estudio poblacional se realizó en el Hospital Artémides Zatti de la provincia de Rio Negro, Viedma en el área de Maternidad e Infancia donde desarrollan sus cuidados y actividades las enfermeras. Se entrevistó a cuatro Licenciadas en

Enfermería e hicieron su aporte al análisis del problema, cuatro enfermeras más del equipo del servicio de Maternidad.

Asimismo, se solicitará a la dirección del Hospital Zatti la autorización para realizar el trabajo de investigación en el campo de estudio.

El proyecto se llevó a cabo en un plazo de seis meses del año 2022, teniendo presente las circunstancias sanitarias de conocimiento público. Sin embargo, se ejecutarán los procesos de investigación tales como: planteamiento del problema, marco teórico, marco metodológico y el diseño de investigación.

En cuanto al recurso financiero, los gastos necesarios fueron mínimos, ya que el proyecto de investigación no requiere de gastos mayores ni de entidades que la auspicien.

Se considera que este estudio es viable porque cuenta con el tiempo suficiente para la realización de las entrevistas al personal de enfermería como así también se dispone del espacio para la observación a las mujeres que ingresan por aborto voluntario y el posterior análisis de los mismos.

Esta investigación pretende describir y entender las distintas variables que entran en juego en las “representaciones sociales de les enfermeras en el proceso de cuidado dirigido a mujeres en proceso de IVE” comprendiendo de qué manera operan en el cuidado e identificando la presencia de los fenómenos relevantes; permitiendo a posteriori el análisis de las respuestas.

La investigación invita a cuestionarse, a repreguntar y reinventar una nueva forma de invocar al cuidado de enfermería en los espacios hospitalarios. Aportando a les enfermeras del servicio de maternidad nuevos e incómodos paradigmas. Se pretende introducir el tema en cuestión e identificar puntos emergentes y lograr con ello resultados de relevancia significativa para la realidad sociocultural. Asimismo, puede ser el punto inicial de otros estudios que den continuación del fenómeno en cuestión.

Capítulo II

Marco teórico:

A continuación se expondrán los conceptos teóricos que serán abordados a lo largo de la investigación. Los mismos son analizados y relacionados durante el proceso de construcción del proyecto y la recolección de datos. Permitiendo, de esta manera, atribuirle una perspectiva más adecuada a los interrogantes de investigación.

Se comenzará dando prioridad con el concepto que enmarca y da explicación a la escritura de este proyecto. Desde una lógica política, militante e ideológica, de la cual se posición en el desarrollo de la escritura y la expresión verbal. Este proyecto de investigación se comunica desde un lenguaje inclusivo.

El lenguaje es una construcción social y cultural que se modifica a través de la historia. La lengua influye en la concepción del mundo y en las conductas de las personas. La lengua crea y refleja la realidad y al mismo tiempo es el medio a través del cual aprendemos dicha realidad.

Durante siglos se ha utilizado el masculino para nombrar y generalizar. La cuestión es ¿quiénes quedan sin ser vistas?, ¿quiénes quedan vulnerables frente a un sistema capitalista/patriarcal?

En la guía de lenguaje inclusivo que propone la Federación Argentina LGBT, visualiza un claro ejemplo del lenguaje sexista y androcéntrico que utiliza la Real Academia Española (RAE), la cual sostiene que el masculino no discrimina y que cumple la función de genérico. Sin embargo, en los debates que se vienen dando en torno a un lenguaje no sexista e inclusivo, no se discute nada a nivel gramatical sino a lo simbólico. Expresarse sin excluir a nadie. El uso del masculino como forma generalizadora para referirse a mujeres y varones, ha sido impuesto y admitido por las instituciones que reglamentan y regulan la gramática. Sin embargo, las condiciones sociopolíticas y culturales de los últimos tiempos vienen

enfatisando sobre estos usos discriminatorios del lenguaje y por más que la tradición académica diga que es correcto y normativo usar el masculino para referirse tanto al género masculino como al femenino, las transformaciones sociales indican lo contrario. (FALGBT; 2021)

Desde el Ministerio de Salud se da valor a la reciente Resolución 952/2022, la cual especifica y resuelve en el Artículo 1°: Promuévase el uso del lenguaje y la comunicación no sexista e inclusiva como formas expresivas válidas en las producciones, documentos, registros y actos administrativos de todos los ámbitos de este Ministerio y sus organismos descentralizados.

A continuación desarrollan los ejes centrales de la investigación, tomando como marco referencial a la autora Laura Klein (2009), quien en su libro “Entre el Crimen y el Derecho” posiciona a la mujer en un lugar social y subjetivo a la realidad dejando a un lado la mirada clínica y bióloga de una IVE.

La definición del aborto no habla de la finalización de la vida del feto sino de la finalización del embarazo. Según las definiciones médicas, el aborto es la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable, es decir, capaz de sobrevivir fuera del útero. Los textos médicos de ginecología y obstetricia por lo habitual consideran como aborto todo feto nacido antes de las 24 semanas de gestación y pesando menos de 1000gr. Actualmente los criterios han variado y se considera como aborto la interrupción del embarazo hasta el final de la 19 semana de gestación, en tanto que la 20 hasta las 28 semanas se clasifica como parto inmaduro, nazca vivo o muerto.

Según la autora Laura Klein (2009) hace referencia al aborto espontáneo como la muerte natural que no involucra sospechoso. Un feto abortado espontáneamente no tiene entidad comunitaria ni se inscribe en los registros de los vivos ni los muertos, ni sirve para hacer política. El aborto espontáneo provocado por la violencia doméstica escapa al interés de la ley. Como así también los abortos espontáneos causados por condiciones laborales de riesgo también quedan impunes.

Aborto terapéutico: esta mujer aborta no para no tener un hijo sino para no morir. Si esta tragedia sucede, se quiebra la representación clásica del debate del aborto como conflicto de intereses heterogéneos donde se enfrentan los derechos de las mujeres a la maternidad libre contra las prerrogativas del Estado como protector del derecho a la vida. El eje ideológico de la controversia se desplaza. Puesto que su salud peligra, esta mujer no invoca su libertad de elección ni como motivo ni como justificación para abortar: no seguir su embarazo significa hacer valer su derecho a la vida, y ella lo merece tanto como el no nacido.

Aborto eugenésico: la detección de anomalías ha avanzado y las mujeres cuyas posibilidades económicas y culturales les permite acceder a un seguimiento médico del embarazo realizando pruebas diagnósticas complejas que determinen alguna anomalía. De ese modo, las mujeres se ven enfrentadas a tomar una decisión: dar a luz a un hijo condenado a la muerte, al sufrimiento o discapacidad, o abortar.

Como referencia estadística en los últimos años, donde se debate la legalización del aborto, se obtienen datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud. Donde se registraron, en el 2016, 39.0252 egresos hospitalarios por aborto. Casi la mitad de esas hospitalizaciones (48%) corresponden a mujeres entre 20 y 29 años, y 16% corresponden a niñas y adolescentes entre 10 y 19 años.

En 2018, murieron 35 mujeres a causa de embarazos terminados en aborto. Dos de ellas eran adolescentes de 15 a 19 años, 8 eran jóvenes de entre 20 y 24 años y 8 de entre 25 y 29 años.

En 2018, el 50% de las muertes por embarazo terminado en aborto correspondió a mujeres de 15 a 29 años.

En la Argentina, la muerte por embarazo terminado en aborto está entre las primeras causas de muerte materna. En el 2018, las muertes por embarazos terminados en abortos representaron el 13.6% del total de muertes maternas.

El feminismo y la lucha contra la ilegalidad del aborto:

Uno de los ejes principales que da marcha a esta investigación es la lucha feminista. Como a lo largo de la historia este movimiento social de mujeres organizadas interpelaba las calles de toda la República Argentina. Como así también, desestabiliza los estereotipos sociales atribuidos a las cuerpos de cada mujer, a la maternidad y el aborto.

Por tales motivos se recoge información que aportaría a la construcción de esta investigación, donde inciden en las representaciones sociales que se observan en el servicio de maternidad del hospital Zatti.

Recuperando a Mabel Bellucci, quien en su libro “Historia de una Desobediencia” hace mención y énfasis en la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. La iniciativa tenía como objetivo imperioso lograr la visibilidad y adhesión a la campaña y su fundamento: la despenalización y legalización del aborto para que las mujeres que decidieran interrumpir un embarazo contaran con la atención segura y gratuita en todos los hospitales públicos y obras sociales del país. Además, reclamaban que se reglamentase la “atención humanizada” de aquéllas que presentaran complicaciones por abortos. Por último, se exigiría la práctica hospitalaria sin judicialización de los casos de aborto “no punibles” previstos en el Código Penal. (Bellucci, 2014)

Se recupera información de “Pedagogías Revueltas” que aportara a la comprensión del análisis de esta investigación. La Revuelta, activa en Neuquén, Patagonia Argentina, Waj Mapu/Wall Mapu, desde 8 de marzo del 2001. Desplegamos un incesante activismo en busca de desnaturalizar las desigualdades y singulares formas de opresión, discriminación y explotación del sistema capitalista, heteropatriarcal, colonialista, racista, violento, sexista, masculinista, dicotómico, capacitista. La forma en que cuerpos, sexualidades, géneros, capitales, etnias, edades, espacios sociales se interceptan en este tiempo particular, constituyen una base constante de problematizaciones políticas y nos lleva a involucrarnos en las luchas del pueblo mapuche contra la

devastación y el extractivismo petrolero que penetra violentando territorios y subjetividades.

El reclamo por la autonomía corporal nos implicó directamente con la lucha por el aborto legal, agrupándonos desde 2005 en la Campaña Nacional por el derecho al aborto Legal, Seguro y Gratuito. Desde allí desafiaron las fronteras estatales, incidiendo y motorizando la creación en el año 2012 de Socorristas en Red. (Pedagogía Revueltas, 2021)

SenRed está actualmente conformada por más de 49 colectivas y organizaciones. Surgió en 2012 como impulso de La Revuelta de Neuquén junto a colectivas que integraban la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Es una red viva que acompaña abortos, que sistematiza esos acompañamientos, que se nutre de articulaciones con equipos de profesionales que trabajan en el sistema de salud, y que a la vez analiza datos para aprender, para generar conocimientos, y para mejorar en calidad y en autonomía el acceso al derecho al aborto.

Desde el 2018 la marea verde llega para quedarse, para insistir que el derecho a abortar sea ley, para resistir ante la crueldad del Senado que se negó a aprobarlo aquel 9 de agosto, para seguir tejiendo complicidades cotidianas que atravesaron todos los ámbitos. Ante esa negativa de una institución que priorizo sus conservadurismos y alojo los discursos antiderchos, los pañuelos verdes se multiplicaron en las escuelas, en los consultorios, en los lugares de trabajo, en el colectivo. Los debates de por qué era necesaria la ley se profundizaron. Creció la sensibilidad despenalizadora, la legitimidad de quienes abortaron, abortan y abortaran. Se multiplicaron los relatos de abuelas contándoles a sus nietas como fueron sus abortos, de madres e hijas sacando del closet los abortos silenciados. Creció la conciencia social de que en un mundo justo las niñas no son madres. (La Revuelta, 2021)

Marco jurídico y legal del derecho a interrumpir un embarazo:

Les profesionales de la salud y todo el equipo interdisciplinario, que ocupa un lugar en el sistema de salud son los principales garantes del acceso a una IVE y/o ILE. Es importante que cada persona que integra el equipo de salud reconozca los protocolos establecidos para acceder a la atención integral de una IVE e ILE.

El aborto está penalizado desde 1921, cuando se sancionó el Código Penal. En el artículo 88 establece penas de uno a cuatro años para la mujer que se provoque su propio aborto o consintiera que otro se lo realice. La misma pena se establece para el que provoque el aborto con consentimiento de la mujer y se eleva de tres a diez años cuando no hubiera consentimiento. Esta penalidad se aumenta si la mujer muere tras el aborto.

Sin embargo, el artículo 86 del Código Penal habla de los abortos que no son punibles en dos supuestos: si existe un peligro para la vida o la salud de la madre o “si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”.

Cabe mencionar, la importancia de un suceso que marcaría la historia en el Código Penal en relación al aborto. El hecho es reconocido como fallo “F.A.L”.

Muchos tribunales sostenían que en los casos de violación no eran punibles sólo los abortos de mujeres con alguna discapacidad mental. La Corte terminó en marzo de 2012 con esta incertidumbre a través del fallo “F.A.L”.

En esa sentencia, la Corte determinó que cualquier aborto de un embarazo producto de una violación, sin importar el salud mental de la mujer, no es punible, tanto para la mujer como para la persona que cause la interrupción del embarazo.

En el fallo, además, el alto tribunal convocó a los poderes judiciales de todas las provincias a no judicializar los casos de aborto que la ley no prohíbe. Esto abarca no sólo a los supuestos de violación o cualquier atentado al pudor de mujeres con capacidades mentales disminuidas, sino también los casos en los que está en peligro la vida y la salud de cualquier mujer.

La corte suprema de justicia dictamino, en el mismo fallo, la implementación de protocolos hospitalarios “para la concreta atención de los abortos no punibles a los efectos de remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos”. (Decreto provincial de Rio Negro; anexo I)

A partir del 24 de enero de 2021 entra en vigencia en todo el territorio de la República Argentina la Ley 27.610 que es regular el acceso a la IVE y a la atención postaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible.

La Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, hace mención al reemplazo del sistema de causales establecido en el Código Penal desde 1921 por un sistema mixto de plazos y causales (artículo 4). De esta manera, reconoce el derecho de las mujeres y personas con otras identidades de género, personas gestantes a interrumpir su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional. Fuera de este plazo, la persona gestante tiene derecho a acceder a la IVE solo si el mismo fuera resultado de una violación o si estuviera en peligro la vida o la salud de la persona gestante, tal como estaba ya previsto en la legislación. Es decir, se mantienen las causales establecidas en el Código Penal y los lineamientos del fallo “F.A.L”. También hace mención y detalla las modificaciones al Código Penal: El artículo 85 penaliza a quien realice un aborto, con consentimiento de la persona gestante, luego de la semana catorce de gestación y sin mediar las causales del artículo 86 del Código Penal.

En el artículo 85 bis penaliza a los funcionarios públicos y a las funcionarias públicas o los o las agentes de salud que dilataren injustificadamente o se negaren a practicar la interrupción voluntaria del embarazo en contravención a la normativa vigente.

El artículo 86 excluye del Código Penal al aborto con consentimiento de la persona gestante, hasta la semana catorce, inclusive, de gestación. Luego, reitera las

causales vigentes en el Código Penal desde el año 1921, con las aclaraciones efectuadas por el Fallo F.A.L y los estándares internacionales de derechos humanos.

El artículo 88 modificó la pena respecto a la persona gestante que causare su propio aborto o consintiere que otro lo causare por fuera de las previsiones legales de esta ley. Se establece una pena de prisión de tres meses a un año y que podrá disponerse la eximición de la pena, cuando las circunstancias hicieren excusable la conducta.

El Ministerio de Salud en Argentina hace referencia a la interrupción legal del embarazo (ILE) como un derecho de acceder al aborto en las siguientes situaciones:

- El embarazo representa un peligro para la vida de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios;
- El embarazo representa un peligro para la salud de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios;
- El embarazo proviene de una violación;
- El embarazo proviene de una violación sobre una mujer con discapacidad intelectual o mental.

La maternidad y el sistema salud

Para dar alcance a una construcción más adecuada entorno a la investigación, es preciso retomar a la autora Julia Ruiz quien en su artículo “Cansadas de un feminismo maternoexcluyente” hace referencia a la opresión por la cual transita la maternidad al igual que las mujeres.

En primer lugar, sostiene que ser madre debe ser una decisión libremente elegida, ninguna mujer puede ser presionada, el aborto debe ser libre y gratuito y

es necesario acabar con los juicios a las mujeres que deciden no ser madres. En segundo lugar, cuando una mujer decide serlo, debe reapropiarse de los procesos sexuales y reproductivos que nos han usurpado. Esto pasa por: la protección del embarazo, un parto respetado y consciente, apoyo e información para las madres que deseen dar teta, un posparto acompañado donde se garantice la salud física y emocional de la diada madre-bebé, la libre elección del modelo de crianza y, por último, el reconocimiento del puerperio y todas sus características como una parte importante del ciclo sexual de las mujeres que eligen ser madres. Es urgente visibilizar las transformaciones por las que pasa nuestro cuerpo y nuestra mente y que el sistema se adapte a ellas, para que no tengamos que volver a enfrentarnos a una forma de vida que contradice, invisibiliza y precariza nuestros tiempos y procesos. A pesar de que la premisa “los cuidados en el centro” tiene cierto consenso dentro del feminismo, hasta ahora se ha centrado en los cuidados profesionalizados, externalizando la crianza, en lugar de reconocerla y dotarla de derechos. Una forma que parece más acorde con el capitalismo que con el feminismo. (Ruiz, 2022)

Esta investigación se desarrolla en una institución en la cual las personas adopten adjetivos calificativos tales como pacientes, usuarios o sean nombradas por su patología o número de cama y habitación. Perdiendo por completo su identidad, su nombre y dejando de ser sujetos de una cultura o realidad.

Los actores que intervienen en el servicio de maternidad, no hablan de mujeres, sino más bien, de madres internadas u hospitalizadas. Muchas veces, es necesario considerar que como no desean ser madres deciden interrumpir su embarazo. Esta investigación interpela en el repensar a las mujeres en el servicio de maternidad de un hospital.

Para desarrollar un concepto más amplio de las mujeres o cualquier persona con capacidades gestantes se toma como referencia el libro de Cecilia Canevari (2011) “Cuerpos Enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública”

La vida sexual de las mujeres, se convierte en un asunto público, es motivo de culpabilización, tienen “culpa” de haber mantenido relaciones sexuales, embarazarse y estar allí en situación de parto. El miedo al parto está generalizado y vinculado posiblemente al mandato bíblico y mítico de parirás con dolor, que tiene su efecto sobre las conciencias femeninas. Sin duda, el parto es un momento de transición que genera de por sí ansiedad, estrés y temor. Éste es compartido con el entorno próximo de la mujer y de alguna manera con el equipo de salud, que sabe de las posibles complicaciones. En un contexto en donde ese embarazo puede no haber sido deseado, sino producto de un descuido, por falta de información, por una violación o en el caso de las niñas/adolescentes por un abuso.

Les profesionales consideran que ellos saben más sobre los síntomas que la misma mujer que los percibe. Hay mujeres que conocen su cuerpo y que están atentas a las señales que reciben, sobre todo las que ya tienen experiencia, entonces cuestionan a los profesionales. Esta situación da lugar a una desvalorización de los saberes propios que poseen las mujeres, por parte de los profesionales de la salud.

Retomando a Canevari (2011), en su libro hace énfasis en la relación que se presenta entre los profesionales y las mujeres que ingresan al servicio de maternidad dejando en claro que los saberes generan prácticas de dominación sobre cuerpos que deben entregarse dóciles a quien es dueño de la sabiduría. Los profesionales, están formados bajo un modelo positivista de la ciencia, que enfatiza la objetividad y la separación entre los sujetos que conocen y los objetos que son conocidos y tienden entonces a dirigir autoritariamente la conversación en términos estrictamente clínicos, sin permitir que las mujeres se expresen como ellas lo desean.

El trato dirigido a las mujeres está cargado de diminutivos que podrían interpretarse como expresiones de cariño, como gordita, mami, mamá. Pero en el marco institucional entraña una infantilización de la interlocutora, marcando una distancia de poder. El modo excesivamente familiar profundiza el anonimato e

interpone con claridad quién tiene la autoridad. Este trato no es recíproco y ninguna mujer se referiría a una profesional como papi o mami.

El patriarcado como forma de organización social, está en la matriz de todas las instituciones y modela las representaciones y las relaciones sociales. Los cuerpos de las mujeres son territorios de dominación del patriarcado y un espacio donde se ejerce una importante presión simbólica y real para su control. El patriarcado como un sistema que marca las diferencias entre los varones y las mujeres y jerarquiza lo masculino sobre lo femenino, modela las ideas, las normas sociales, las instituciones sociales y las prácticas. El resultado es una sociedad centrada en la figura del varón y con las mujeres subalternizadas real y simbólicamente. Así las mujeres desarrollan una percepción de no pertenencia que condiciona sus prácticas de autocuidado y facilita la subordinación ante los poderes que se ejercen sobre sus cuerpos (Salazar Antúnez, 2001).

El Modelo Medico Hegemónico haciendo mella

Si nos situamos en los escenarios que direccionan y gestionan las prácticas hospitalarias de enfermería, prevalece un solo modelo: el Modelo Medico Hegemónico. Es aquí donde recuperare las palabras de un gran autor Eduardo Menéndez quien en su libro “Morir de alcohol: saber y hegemonía medica” nos comparte las siguientes construcciones entorno a las prácticas y saberes de este modelo. También se recopila información de la segunda jornada de APS en el año 1988 sobre “Modelo Medico Hegemónico y Atención Primaria” del mismo autor.

La construcción de este modelo supone detectar una serie de rasgos considerados como estructurales, los cuales deben ser entendidos como modelo a partir de la estructura de relaciones que opera entre los mismos. Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la

racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico. (Menéndez E. 1988)

Menéndez hace referencia a un proceso de las luchas de poder existentes entre científicos, funcionarios y profesionales, oponiéndose al “otro” en lugar de colaborar para la realización de programas y actividades conjuntas.

Los saberes médicos, que incluyen tanto las representaciones como las prácticas técnicas, no tienen que ver solo con la atención, curación y prevención de los padecimientos, sino con toda la serie de funciones (normar, controlar, legitimar) que pueden adquirir carácter dominante a nivel profesional, del sector salud y/o de los conjuntos sociales. (Menéndez, 2020)

En relación con el tema que se aborda en esta investigación, el modelo médico hegemónico se filtra desde las raíces sociales y epidemiológicas hasta desencadenar una serie de prácticas violentas por parte de quienes actúan en los sectores públicos de la Salud.

Lo biológico no sólo constituye una identificación, sino que es la parte constitutiva de la formación médica profesional. El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. El médico en su formación de grado y postgrado no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos. (Menéndez, 2020)

Las representaciones sociales

En este proyecto de investigación son las representaciones sociales, que se observa de un fenómeno social como objeto de estudio siendo importantes para el grupo social, reconocidas como sistemas cognitivos en los que es posible identificar la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa.

Sandra Araya (2000), en su estudio de representaciones sociales retoma las teorías de Moscovici, quien estudió cómo las personas construyen y son

construidas a través de la realidad social, proponiendo la teoría cuyo objeto de estudio es el conocimiento del sentido común enfocado desde su producción en el plano social e intelectual y como forma de construcción social de la realidad. Según en su estudio, Araya, propone que las representaciones sociales como forma de un conocimiento aluden a un proceso y a un contenido. En tanto proceso las representaciones sociales refieren a una forma particular de adquirir y comunicar conocimientos. Como contenido, una forma particular de conocimiento, que constituye un universo de creencias en el que se distinguen tres dimensiones: la actitud, la información y el campo de representación.

La actitud expresa el aspecto más afectivo de la representación, por ser la reacción emocional acerca del objeto o del hecho. Es el elemento más primitivo y resistente de las representaciones y se halla siempre presente aunque los elementos no estén. Es decir, una persona o grupo puede tener una reacción emocional sin necesidad de tener mayor información sobre un hecho en particular.

La información concierne a la organización de los conocimientos que tiene una persona o grupo sobre un objeto o situación social determinada. Se puede distinguir la cantidad de información que se posee y su calidad, en especial, su carácter estereotipado, el cual revela la presencia de la actitud en la información. Esta dimensión conduce a la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad se forman las personas en sus relaciones cotidianas.

Los elementos que configuran una representación social son jerarquizados y ordenados. Es una organización interna que adopta los elementos cuando quedan integrados en la representación. Es así, que constituye un conjunto de actitudes, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores presentes en una misma representación social. El campo de representación constituye la parte más sólida y estable de una representación, otorgando peso y relevancia a los elementos que la constituyen.

Retomando a Moscovici, afirma que conocer o establecer una representación social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree o cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud).

Las representaciones sociales que propone Moscovici en su teoría, se desarrolla en una sociedad dinámica y fluida; a diferencia de las representaciones colectivas que propone Durkheim² Por representaciones sociales entendemos un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales. En nuestra sociedad se corresponden con los mitos y los sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; incluso se podría decir que son la versión contemporánea del sentido común.... constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común (Moscovici, 1981)

Dicho en otros términos es el conocimiento de sentido común que tiene como objetivos comunicar, estar al día y sentirse dentro del ambiente social, y se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social, es una forma de conocimiento a través de la cual quien conoce se coloca dentro de lo que conoce.

Para la comprensión de este fenómeno social, se realiza un acercamiento en las elaboraciones de Denise Jodelet (1984) quien fiel a las ideas de Moscovici plantea que el concepto de representación social designa una forma de conocimiento específica, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente marcados. En sentido más amplio designa una forma de pensamiento social. Sus principales elaboraciones pueden resumirse en los siguientes aspectos: (Jodelet; 1984)

²Para Durkheim la Representación colectiva es la forma en que el grupo piensa en relación con los objetos que lo afectan. De naturaleza diferente a las representaciones individuales, las considera hechos sociales de carácter simbólico, producto de la asociación de las mentes de los individuos. Así apunta: "Los hechos sociales no difieren sólo en calidad de los hechos psíquicos; tienen otro sustrato, no evolucionan en el mismo medio ni dependen de las mismas condiciones. Esto no significa que no sean también psíquicos de alguna manera, ya que todos consisten en formas de pensar o actuar. Pero los estados de la conciencia colectiva son de naturaleza distinta que los estados de conciencia individual; son representaciones de otro tipo: tienen sus leyes propias..." (Durkheim, 1898, pp. 273-302). (Martín, Mora. 2002)

- La manera en que nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano.
- El conocimiento espontáneo, ingenuo o de sentido común, por oposición al pensamiento científico.
- Conocimiento socialmente elaborado y compartido, constituido a partir de nuestras experiencias y de las informaciones y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social.
- Conocimiento práctico que participa en la construcción social de una realidad común a un conjunto social e intenta dominar esencialmente ese entorno, comprender y explicar los hechos e ideas de nuestro universo de vida.
- Son a un mismo tiempo producto y proceso de una actividad de apropiación de una realidad externa y de elaboración psicológica y social de esa realidad. Son pensamientos constitutivos y constituyentes.

Las representaciones sociales tienen cuatro funciones, según las explica Sandoval (1997)

- La comprensión, función que posibilita pensar el mundo y sus relaciones.
- La valoración, que permite calificar o enjuiciar hechos.
- La comunicación, a partir de la cual las personas interactúan mediante la creación y recreación de las representaciones sociales.
- La actuación, que está condicionada por las representaciones sociales.

El cuidado:

Cuando hablamos de cuidar, toda acción y concepto de esta palabra decanta en una sola persona, la mujer. Históricamente el cuidado en la sociedad ha sido atribuido a las mujeres. El rol socialmente asignado, normativo y cultural es el cuidado en el hogar, el cuidado de las cuerpos como objetos de estándares sociales, el cuidado en la crianza de los hijos, el cuidado de la familia, el cuidado de los enfermos. De esta manera, la mujer ingresa a cumplir un rol fundamental como enfermera en los espacios religiosos, patriarcales y hegemónicos

Frente a este paradigma, y con una perspectiva ecofeminista³ esta investigación trata de dar cuenta de otras prácticas y sentidos del cuidado. Siguiendo a Florencia Trentini y Alejandra Pérez (2021) en su artículo publicado “Territorios de cuidados: mujeres cuidadoras, sujetas políticas” hacen referencia al cuidado como una práctica y actividad genérica que comprende todo lo que se hace para mantener, perpetuar, reparar nuestro “mundo” de manera que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo comprende el cuerpo, nuestros cuerpos, nuestro entorno y los elementos que buscamos enlazar en una red compleja de apoyo a la vida.

Esta definición remarca la interdependencia entre las personas y el medio en el cual estas habitan, destacando la construcción de redes y entramados de cuidados que se opone a los modelos occidentales de desarrollo y conservación, enmarcados bajo el capitalismo, patriarcado y colonialismo.

Los cuidados de enfermería son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer diario y por lo tanto su objeto de estudio. El ideal y el valor del

³ El ecofeminismo es una corriente de pensamiento y un movimiento social que defiende el encuentro entre los movimientos ecologistas y feministas ofreciendo la posibilidad de repensar y reconstruir unas relaciones entre las personas y con la naturaleza que no pongan en riesgo las bases materiales que sostienen la vida humana.

El ecofeminismo denuncia los excesos y errores del modelo de desarrollo occidental, de la tecnociencia y de la economía convencional. También propone pautas y nuevos caminos que permitan repensar la producción, el trabajo o el derecho.

Los ecofeministas proponen una alternativa basada en la sostenibilidad de la vida, remarcando que somos seres ecodependientes e interdependientes, y que por lo tanto nuestras vidas dependen de los cuidados del entorno y de aquellas personas que nos rodean. Herrero (2015)

cuidado no son simplemente cosas sueltas, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos e inicia al contacto con la persona o comunidad. El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción del enfermere y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la vida humana.

Fue hasta la aparición de Florence Nightingale quién surge en la época moderna y marca por completo el sentido del cuidado ya que la práctica médica, nunca pudo conceptualizar el cuidado de les enfermes, al igual que no logró estructurarlo realmente para que pudiera tener un impacto significativo como terapéutica.

Nightingale, no solo marco el comienzo de la feminización de la disciplina sino que le propicio el sentido de utilidad paradigmática en la división sexual del trabajo, bajo la aparente naturaleza de las mujeres para el cuidado. (Morrone, 2018)

Sin embargo, en los años noventa, el movimiento de reflexión sobre la conceptualización en enfermería, indaga los conceptos propios de este campo y se propuso precisar cuál es su objetivo o razón social, identificando el cuidado como la función histórica de les profesionales de enfermería. (Juárez; 2009)

La autora, Beatriz Morrone, afirma que desde la enfermería es muy difícil revolucionar el cuidado. Intentar desde la corriente de la salud colectiva de forma individual, inserto en una institución estructurada con actores/agentes sin motivación política y sin discusión ideológica, se convierte en un padecimiento entre propuesta utópicas, confusión entre saberes y práctica y/o frustración laboral. Resulta indispensable una participación política que sea permeable a los derechos individuales para una ciudadanía con pluralidad. (Mendizábal, 2015)

La necesidad de pensar un cuidado democrático se imprime en el respeto por las igualdades y las diferencias y cómo de alguna manera será necesario articularlas.

La propuesta parece demandar participación política como ejercicio de la soberanía popular, no sólo en la práctica del cuidado del otro con perspectiva

plural social, cívica y política sino además el cuidado de sí a través de la representación en espacios de enfermería e interdisciplinarios. (Mendizábal,2018).

El cuidado Socorristas:

A pesar que hoy es ley, las personas con capacidad de gestar que desean abortar continúan acudiendo al acompañamiento cuidado, seguro y feminista de las Socorristas. La red de socorristas de todo el país ha estado activa durante todo este tiempo de lucha y organización, y sin embargo, el teléfono continuo sonando y siendo atendido para acompañar, desde lo cotidiano y el saber compartido.

Queda demostrado a través de una Sistematización de Acompañamientos a Abortar, realizado por la Red de socorristas en el 2023, que las personas con capacidad de gestar prefieren ser acompañadas por socorristas que por el sistema de salud.

“Porque quieren ser acompañadas por nosotras, porque el sistema de salud no funciona como nosotras, que acompañamos durante el proceso a cualquier hora”. (SenRed, Neuquen, 2023)

“El alcance de la línea telefónica creció y las personas que se comunican lo hacen de una manera más desprejuiciada, tal vez quienes antes no se animaban a llamar hoy lo hacen y cuando se comunican, muchas de ellas, vienen con información previa y las conversaciones se orientan a buscar cuidados y calidad en el acceso a las IVEs”. (SenRed, Bahía Blanca, 2023)

La ley también trajo tranquilidad a la hora de recibir una llamada: “tranquilidad de saber que íbamos a poder hacer un acompañamiento respaldado por una ley que tanto luchamos, que desde esa primera llamada podríamos mencionar diferentes espacios del sistema de salud asegurándonos de que luego seguirían distintos pasos y que más allá de sus tiempos todo debería ir bien, y en caso de que no, ahora podríamos denunciarlo”. (SenRed, Córdoba, 2023).

La falta de información oficial sobre la ley y el derecho a abortar. “Sigue habiendo poca visibilidad o publicidad de la información sobre cómo acceder en provincias

como la nuestra. Sabemos que hay más información para compartir, más alternativas y más posibilidades de poder decidir exigir ese derecho para poder vivir un aborto respetado y elegido”. Ante la poca información oficial y la demanda de acompañamientos SenRed sigue articulando en todo el país abortos cuidados, seguros y acompañados. (SedRed, Catamarca, 2023)

Proceso de cuidado integral en una IVE:

Según el Ministerio de Salud (2021), el protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, asegura que el proceso de atención en una IVE debe ser garantizado como derecho de todas las personas que decidan interrumpir el embarazo. El equipo de salud debe generar las condiciones para brindar el servicio.

- Brindar un trato digno que incluya la recepción y orientación de las personas para responder a sus necesidades de salud emocional y física y el respeto a sus convicciones personales y morales.
- Asegurar la privacidad y la confidencialidad: el equipo de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y con posterioridad.
- Promover y respetar la autonomía respecto del ejercicio de los derechos reproductivos de la mujer, alternativas terapéuticas, y futura salud sexual y reproductiva, sin influenciar sus decisiones con creencias personales que pueda tener el personal de salud.
- Intercambiar información amplia y completa con la persona usuaria para que exista efectivamente un proceso de consentimiento informado. Se debe suministrar información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, los alcances y consecuencias de la práctica. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles.

- Garantizar la atención de calidad de acuerdo a los estándares de accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.
- Ofrecer consejería en anticoncepción y cuidados posteriores luego del procedimiento. Se debe garantizar acompañamiento en el cuidado de la salud e información adecuada y accesible a las necesidades de cada persona, científica, actualizada sobre los distintos métodos anticonceptivos disponibles, así como la provisión de los mismos.

Esta investigación se posiciona frente a un gran problema de salud pública y los profesionales están involucrados en él. De esta manera dinámica y fluida emergen las representaciones sociales de las enfermeras que accionan en una institución pública donde el fenómeno social de la IVE, aparejado con el feminismo, son la razón de estudio e investigación de esta tesis.

ESTADO DEL ARTE:

Durante el proceso de investigación se hallan estudios relacionados al tema en cuestión, utilizando como fuente bibliográfica la encontrada a través de internet⁴ Se realiza una lectura crítica y detallada de las investigaciones, dando prioridad a aquellas más recientes y de carácter nacional como así también las de mayor relevancia al ser citadas frecuentemente en otros estudios. Luego se procedió al análisis detallado y cuidadoso realizando un resumen de cada una de las investigaciones.

Cabe resaltar que en la construcción del estado del arte, no se han encontrado en las fuentes bibliográficas investigaciones que hagan foco a una óptica popular, real y con perspectiva feminista y de género como la que se propone en esta investigación.

Si existe una relación en la aplicación de las estrategias metodológicas donde se utilizan como herramientas para la recolección de datos la entrevista semiestructurada dirigidas a les enfermeras, siendo ellas les sujetos en estudio.

Godoy. Beatriz Rosa; Ludueña Nancy Viviana. Actitudes del personal de enfermería con la mujer que presenta aborto provocado. (2011) Hospital de Rawson, Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba facultad de Ciencias Médicas.

La investigación se llevó a cabo a través de un estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Donde se definen como variables la actitud de los profesionales de enfermería ante el ingreso de mujeres en proceso de abortos, que ingresan en el

⁴ Las fuentes secundarias en las que se trabajó fueron: Google, Scielo, Latfem entre otros. La palabra "aborto" se utiliza como descriptor principal para la búsqueda anexándose las siguientes palabras claves: "percepción", "enfermería", "legalidad", "internación", "cuidados".

Hospital de Rawson en la ciudad de Córdoba, entre el periodo de mayo/noviembre del 2011.

Se recolectaron los datos a través de un cuestionario autoadministrativo, se aplica la escala de Likert, que mide las frases o ítems seleccionados por las investigadoras permitiendo analizar las actitudes de cada profesional de enfermería frente a mujeres que presentan un aborto provocado. Este instrumento brinda a la investigación un valor crítico y fiable para medir un fenómeno social como lo es la actitud, cuya intensidad fue medida.

Los datos fueron recolectados durante los meses de agosto y septiembre del año 2011 tiempo en el cual la variable fue estudiada en una sola oportunidad.

La variable se dividió en las siguientes dimensiones e indicadores: como actitudes de las enfermeras relacionadas a las creencias según pautas religiosas, morales y de bioética; actitudes respecto a las conductas éticas en relación a los valores y juicios; actitudes en cuanto a las conductas legales: brindar información exhaustiva acerca del procedimiento, informar al juzgado, solicitar autorización a la pareja o persona a cargo, gestionar de manera interna en la institución y opinión ante la atención de estas pacientes por el acto practicado: conocimiento de los métodos anticonceptivos, condición de pareja o de apoyo afectivo de la misma, dificultades laborales/económicas, interferencia con proyecto de vida, conflicto morales o religiosos ante un embarazo no esperado, apoyo social, contención familiar, sentimiento de incapacidad para ejercer el rol materno u otras que expresen las entrevistadas.

En esta investigación las herramientas de recolección de datos que fueron utilizadas fueron las encuestas determinando el tipo de investigación y diseño metodológico que se utiliza: es cuantitativa.

El objeto de estudio son las enfermeras del hospital de Córdoba ante el aborto provocado de mujeres. Las investigadoras interpelan la actitud de las enfermeras ante esta situación.

Es preciso realizar un análisis del contexto social en el cual las investigadoras se cuestionaban el aborto provocado, la actitud que presentaba enfermería frente a esa mujer en situación de aborto clandestino. Si tomas como referencia el año (2011) en el que se desarrolla la investigación, podría decir que son pioneras, desde el posicionamiento de la profesión, visibilizando la existencia de los abortos clandestinos que ingresaban a la guardia del hospital y la discriminación que sufrían las mujeres frente a estos profesionales anti-derechos.

Claudia Díaz Olavarrieta; Vanessa Cravioto; Aremis Villalobos; Natalia Deeb Sosa; Laura García y Sandra García. El programa de interrupción legal del embarazo en la ciudad de México: experiencias del personal de salud. (2010) hospitales y clínicas, Distrito federal, México. Instituto Nacional de Salud Pública.

La investigación se llevó a cabo en la ciudad de México entre febrero y junio del año 2010 en una Clínica y Hospital tomando como muestra a una población de 19 proveedores de salud. 10 corresponden a la Clínica y 9 al Hospital.

Entre febrero y junio del 2010 se realizan las entrevistas al personal de salud adscrito en el Programa Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Los datos recabados fueron sociodemográficos, formación profesional y experiencia con provisión de servicio.

Los autores utilizan un estudio cualitativo con un diseño de guía semiestructurada integrando datos demográficos, formación académica y siete ejes temáticos para explorar opiniones y experiencias del personal sobre solicitud y acceso de las mujeres a la ILE: i) opinión de la nueva ley sobre aborto, ii) descripción de servicios de aborto legal de la SSDF, iii) aceptabilidad de métodos de aborto, iv) capacitación en procedimientos, v) percepción sobre limitaciones enfrentadas dentro del Programa de ILE, vi) fortalezas y debilidades de los servicios en la SSDF y vii) recomendaciones para mejorar el Programa de ILE.

Los resultados de un análisis de las experiencias y actitudes de quienes proveen servicios de aborto legal podrían contribuir a mejorar la calidad de la atención, y aportar información valiosa para desarrollar políticas públicas sobre salud reproductiva en países como México que, salvo la ciudad capital, cuentan con legislación restrictiva sobre el aborto.

A partir del análisis de opiniones y experiencias de proveedores de servicios de aborto adscritos al Programa de ILE, el presente trabajo de investigación identifica las percepciones del personal que participa en la prestación de estos servicios en la Ciudad de México, a tres años de la implementación de la reforma de la ley sobre aborto electivo.

Los datos que se obtuvieron a través de las entrevistas semiestructuradas a las enfermeras de la clínica donde se realizan las ILE, dieron a conocer sus opiniones frente a la problemática de disminuir la mortalidad materna. Si bien la investigación fue realizada en el ámbito privado de la salud, donde se aclara que las ILEs son abonadas a través de las obras sociales o retribuidas económicamente por las mujeres que solicita el aborto. Es preciso aclarar, que en la gratuidad del servicio quedan incluidas solo las mujeres en situación de pobreza.

Esta investigación, realiza un aporte importante en el desarrollo del marco teórico, dándole sustento y respaldo a la metodología cualitativa que se utiliza en ambas investigaciones.

Alejandra López Gómez; Profesionales de la Salud y Aborto: Tensiones y Disputas en Uruguay (2000-2012); Sistema Nacional Integrado de Salud en Montevideo. Universidad de la Republica.

La tesis aborda el análisis de los esquemas de percepción y apreciaciones de los/as profesionales sobre sus prácticas de atención a mujeres en situación de aborto, en un contexto que consideraba el aborto como delito, entre los años 2000-2012 en Uruguay.

La autora realiza una investigación de tipo descriptiva, exploratoria y analítica basada en una metodología cualitativa. Para la recolección de la información utilizó la técnica de entrevista semiestructurada en profundidad y de grupo focal.

Diseñó una muestra intencional teórica que incluyó a profesionales mujeres y hombres, de distintas disciplinas vinculadas a la atención en salud sexual y reproductiva, que se desempeñaban de manera rutinaria y remunerada en servicios de públicos y privados del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Montevideo.

Entre 2009 y 2011, se realizaron 28 entrevistas a profesionales de la salud y se organizaron cinco grupos focales por tipo de profesión (enfermeros/as, médicos ginecólogos/as, obstetras parteras, psicólogos/as), en los cuales asistieron 39 profesionales. En total se contó con la participación de 67 profesionales entre grupos focales y entrevistas.

Se logra percibir en la lectura y análisis de la investigación que la autora adopta un posicionamiento con perspectivas de derecho en salud sexual de la mujer y género. Hace una fuerte crítica constructiva al sistema de salud uruguayo, haciendo mención de la prevalencia al Modelo Médico Hegemónico.

Durante la construcción de la investigación, la autora Alejandra López Gómez hace mención de la transformación social y política de su país, haciendo mención de las luchas feministas a favor de la legalidad del aborto. Quedan reflejados en su trabajo los cambios y posicionamientos luego de la aprobación de la ley 18987. “Finalmente, luego de más de veinte años de debate social y político, en octubre de 2012, el Parlamento uruguayo aprobó la ley nº 18987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, la cual fue promulgada por el Poder Ejecutivo, reglamentada por el Ministerio de Salud Pública y, posteriormente, puesta en marcha en el Sistema Nacional Integrado de Salud, a partir de enero de 2013.

Wesley Braga da Rocha; Anadely Castro da Silva; Solange María de Lacerda Leite; Thiago Cunha. “Percepción de los profesionales de salud sobre el aborto legal”. Universidad de Brasilia 2015.

El presente estudio, el autor, toma como objetivo identificar el conocimiento y la percepción de los aspectos éticos involucrados en el Programa de Interrupción Gestacional Prevista en la Ley, por parte de profesionales de la salud del Hospital Materno Infantil de Brasilia que no intervienen directamente con los servicios de aborto legal de esa institución.

Presenta un estudio cuali-cuantitativo, de tipo exploratorio-descriptivo, con una muestra probabilística estratificada, involucrando profesionales de la salud del HMIB.

El investigador conto con una muestra de 177 profesionales de la salud, entre médicos, asistentes sociales, psicólogos, farmacéuticos, bioquímicos, enfermeros y técnicos de enfermería, todos estos trabajando en el HMIB y sin vínculos directos con el PIGL. Un cuestionario impreso con preguntas estructuradas en dos bloques. Con el primer bloque, fue pretendido recoger datos con el fin de caracterizar el perfil sociodemográfico de los participantes. El segundo, consistió en preguntas cerradas y de selección múltiple, que permitieron identificar el conocimiento y la percepción de los profesionales de la salud acerca de los aspectos éticos involucrados en los servicios de referencia para la interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley.

Frente a los resultados expresan la necesidad de mayor divulgación institucional y técnica de los servicios de interrupción de gestación en los casos previstos en la ley, sino también la creación y la consolidación de espacios de diálogo y debates que favorezcan la reflexión adecuada sobre la moralidad del aborto entre los diversos grupos de la sociedad. Aunque no haya sido un objetivo de este trabajo proponer tales soluciones, se puede defender que la bioética se constituye como espacio potencialmente propiciador del diálogo entre administradores, profesionales de la salud, usuarios de la salud, movimiento sociales, educadores,

medios en fin, entre todos los diversos grupos que componen el tejido social y que, dialécticamente, fomentan y son víctimas de los procesos de estigmatización, vulneración y reproducción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Esta investigación aportan una mirada centrada en les profesionales que reconocen la legalidad del aborto pero el contexto en el que se desarrolla sus funciones profesionales hace foco al vínculo mujer-madre-hije. Es desde ahí, que les autores interpelan en les enfermeras. Podría decir que coincide en algún punto contextual e institucional con la tesis en cuestión. Ya que ambas plantean un fenómeno social que irrumpe en un contexto hospitalario de la maternidad.

Orozco Beltrán Lizeth Yubalena; “Percepciones y Actitudes sobre el aborto en pacientes a quienes se les realiza curetaje uterino en un hospital público, Arequipa 2015”. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de Medicina. Arequipa, Perú 2015

El investigador utiliza como unidad de estudio a las pacientes hospitalizadas en sala de atención para pacientes con patologías de la primera mitad del embarazo, del departamento de gineco-obstetricia a quienes se les realizó curetaje uterino por aborto incompleto.

Esta investigación se lleva a cabo en el hospital público de Arequipa Perú, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (HRHDE), hospital público considerado el más grande de la macro región sur y principal destino de referencia donde se reciben las urgencias ginecológicas y obstétricas.

Por decisión del autor la muestra es determinada por saturación. En el proceso de recolección de información, se realizaron entrevistas buscando el punto en el que la información se repite o se estabiliza y ya no se encuentran contenidos nuevos en las siguientes entrevistas, obteniendo 40 entrevistas a mujeres de edad fértil de 18 a 45 años.

La persona que analiza el diseño metodológico y pone de relevancia los puntos de vista de las pacientes, decide darle un enfoque cualitativo a su investigación.

Teniendo en cuenta el enfoque metodológico elegido por la persona que investiga, la técnica utilizada fue la entrevista semiestructurada. Que le permitió a la entrevistada que desarrolle cada uno de los temas, con la dirección, profundidad y método que le resultó más atractivo.

Resulta interesante el aporte desde otra perspectiva de experiencias de quienes transitan un aborto. Este estudio, realizado bajo una mirada médica biológica, ayuda a comprender como son percibidas las mujeres que ingresan por un aborto en curso, ya sea de manera espontáneo o provocado.

En el estudio realizado, el autor concluye que la mayoría de pacientes refiere que su aborto fue espontáneo, percibe que el embarazo se inició como no planificado, no usaron o falló su MAC. Además perciben como razón de su aborto al daño orgánico tras exponerse a distintas situaciones, otras por un daño emocional, destacando en el grupo de pacientes que se provocaron el aborto como principal razón el seguir su proyecto de vida.

Respecto al curetaje uterino y sus riesgos, las percepciones son diversas lo que hace notar la falta de orientación al respecto. Posterior a la experiencia vivida, perciben el aborto de forma general con expresiones de duelo o sensación de alivio e indolencia.

Capítulo III:

La Maternidad: características de un servicio.

La maternidad personificada en el cuerpo de la mujer, cumple los imaginarios sociales y culturales existentes, donde queda relegado el rol de parir y criar, y además, desde una mira capitalista, ser funcional y productiva, entre otros estereotipos que demanda la sociedad. El sistema de salud no queda exento de interpretar a la “maternidad” bajo estos estándares de mujer/útero/madre.

Este estudio, situado en la ciudad de Viedma, Rio Negro, en la Maternidad del Hospital Artémides Zatti pretende describir y conocer de qué manera las Representaciones Sociales de les enfermeras determinan las condiciones en que son pensadas las acciones y la conducta frente al proceso de IVE en las internaciones de mujeres que lo solicitan.

Actualmente en la ciudad de Viedma para la Atención Primaria de la Salud están destinados 11 Centros de Salud con una complejidad de nivel II, y ubicado en zona céntrica, se encuentra el Hospital Artemides Zatti de complejidad nivel VI.

El nosocomio, cuenta con 78 de camas en general, donde 12 pertenecen al servicio de Maternidad. 11 al servicio de Pediatría, 36 al servicio de Cuidados Progresivos e Intermedios y 8 a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Se presenta una necesidad en una persona o en la comunidad y surge esa institución que pueda garantizar, cubrir, cuidar y dar respuesta a ese grito de auxilio. El hospital, con su orden jerárquico, visibiliza las relaciones entre compañeros, mediques, enfermeras y usuaries del sistema público. Estas relaciones continúan siendo violentas, de oprimides y opresores. De orden patriarcal, basadas en la autoridad máxima.

“Antes la estructura de hospital y de maternidad era diferente, estábamos más cerca de quirófano, y éramos dos enfermeras por turno. Actualmente, La única complicación es la distancia que se encuentra entre los servicios de Maternidad, Neonatología y la sala de partos/quirófano. Evidentemente falta comunicación con el personal para diagramar y pensar las remodelaciones en el servicio. Como siempre las autoridades máximas desconocen el trabajo cotidiano en las salas de internación, diagraman y edifican sin tener conciencia de las complicaciones y el esfuerzo que realizamos a diario por la incorrecta distribución de los espacios de trabajo. Que afectan, directamente a los pacientes”. (Lic. enfermera, 56 años)

Son 23 las camas que se comparten en un mismo espacio físico, en un mismo sector. Dos servicios diferentes, Pediatría y Maternidad. En este espacio los lugares de atención están delimitados por acuerdos hablados y pautados durante años por cada personal que desarrolla su labor en los diferentes servicios. Se entiende que cada profesional reconoce sus tareas, sus capacidades y habilidades durante las jornadas laborales. Es relevante mencionar, que al aumentar la demanda de atención, les enfermeras intervienen y acompañan en las tareas de ambos servicios, sintiéndose recargadas por la labor y la demanda en la atención.

“...por turnos somos dos enfermeros. El plantel está constituido por 9 y por razones de necesidad del servicio y muchas veces económicas de la mayoría de nosotros, muchos hacemos 16 hrs extras...” (Lic. Enfermera, 38 años)

“...hay personas que vienen con una decisión de abortar y hay otras que llegan muy emotivas. Convengamos que no es una decisión muy grata. Que requiere mucho acompañamiento y a veces la demanda del servicio es tan grande para tan pocos enfermeros que somos por turno. Me gustaría tener el tiempo para acompañar a cada mujer que atraviesa por algo así, pero tratamos de ajustarnos a la necesidad y a la demanda.....” (Lic. Enfermera, 38 años)

El servicio de Maternidad del Hospital Artemides Zatti, está ubicado finalizando el pasillo que conecta con otros sectores. Girando a la derecha, se ingresa a un pasillo interno que une ambos servicios, Pediatría y Maternidad. En el cual, se observa el acumulo de elementos hospitalarios y un banco blanco que funciona como “momento de pausa” para las mujeres que ingresan a internación o esperan una consulta ginecológica. Mientras tanto el personal de salud se organiza y se prepara para dar inicio a una nueva jornada laboral.

En las aproximaciones progresivas al servicio de maternidad, se logró observar que la actividad laboral es durante la mañana, entre las 8 y las 12 hrs del mediodía, son los momentos de más circulación del personal de salud. Los pases por las habitaciones se realizan entre mediques, ginecólogos y ginecólogas, obstetras y enfermeras. Se valora la evolución de las mujeres internadas y se gestiona las futuras acciones. Los pases de guardia son exclusivos y privados entre obstetras y ginecólogas. Mientras que en el servicio de enfermería los pases por turno, son escritos en las historias clínicas de las mujeres internadas dando una valoración oral de los cuidados administrados durante cada turno. El dialogo se desarrolla en el office de enfermería a puertas cerradas. Planificando los próximos cuidados que brindan como equipo y se organizan para dar inicio a un nuevo turno.

Cabe mencionar que enfermería debe sus cuidados, no tan solo en el posparto sino que también debe garantizar los cuidados al recién nacido. Abordando el puerperio inmediato y la lactancia. De esta manera se observa un aumento en la demanda de atención.

El agotamiento físico se observa en la postura, en la mirada y en sus respiraciones. El ambiente es tenso, no dejan de circular por los pasillos todo personal de salud, profesiones y administrativas. Circulan. Se observan. Se hablan entre ellos, hablan de las mujeres que están internadas, hablan de la cama, de la cirugía, de la gorda, de ellas, las que parieron. De ellas, las que amamantan. De ellas las que abortan.

De los abortos solo saben los mediques. La mujer ingresa a la habitación y la puerta se cierra. Se ingresa lo justo y necesario. Enfermería ingresa solo para hacer controles de signos vitales una vez por turno, bajo indicación. Los mediques no “recomiendan” ingresar a la habitación.

El modelo medico hegemónico, continua siendo, por excelencia, la única forma de relacionarse, de comunicarse y de trabajar; afectando directamente en los cuidados y atención de las mujeres que ingresan al servicio de Maternidad.

“...En cuanto a la IVE, puedo decir que solo se encarga la médica. Nosotros como enfermeros no participamos. No intervenimos en las ILES e IVES por igual...” (Lic. Enfermería)

Los ingresos a internación son programados de un día para otro, es decir, las mujeres se internan durante la tarde del día previo a la intervención quirúrgica ginecológica. Mientras que las mujeres con trabajo de parto son internadas a demanda. Como así también las urgencias ginecológicas. Antes del ingreso al servicio de maternidad, las mujeres son evaluadas en la guardia de emergencias, por las obstetras y en su complejidad por la ginecóloga.

Es necesario aclarar que en las IVE, el tratamiento con misoprostol⁵, se aplican y abordan solo en los Centros de Salud y consultorios externos del hospital. Si la mujer lo requiere y el aborto se complica, de ser necesario se programa el ingreso a la sala de internación. Es allí donde el equipo de enfermería del servicio de maternidad da contacto con la problemática que abordaremos en esta investigación.

Las situaciones que se desarrollan en los pasillos de la Maternidad, continúan interpelando la subjetividad del que se detiene a observar. Que sucedía, con aquella mujer sentada en el banquito de los pastillos esperando la consulta con la ginecóloga y las indicaciones de cómo seguir luego de la toma de un misoprostol; cómo seguir, sabiendo que la ecografía sería para el mes próximo, cómo seguir luego de estar sentada frente a tanta maternidad.

El hospital como territorio de relaciones de subordinación, hace visibles las jerarquías y las conductas verticalistas entre los trabajadores de la salud y las mujeres, quienes cumplen y aceptan como mandato las normas aplicadas por la institución. Las mujeres que ingresan a la maternidad entregan sus cuerpos a las

⁵ Es un medicamento que produce contracciones uterinas y por ello se usa para provocar el aborto. Permite a las mujeres y a todas las personas con capacidad de abortar realizarse un aborto seguro en sus casas, preferentemente hasta las 12 semanas de gestación.

Según la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) abortan 9 de cada 10 mujeres que lo utilizan.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó el misoprostol entre sus medicamentos esenciales, ya que está comprobado que su uso aumenta la seguridad y reduce riesgos en prácticas de aborto auto-inducidos, en particular en países donde el aborto es ilegal.

conductas hegemónicas de la medicina y éstas lo abordan con violencia desde los discursos y las prácticas. (Canevarri, 2011)

“Hago la tarea que se me indica....” (Lic. Enfermera 40 años)

“...más allá de la construcción que yo tenga de las mujeres, son pacientes y las atiendo por igual. Que hagan con su cuerpo lo que quiera. Mi opinión no influye” (Lic. Enfermera 40años)

IVE en la Maternidad:

Durante el abordaje y la construcción de esta investigación en los escenarios hospitalarios, se obtiene información que aporta al problema en cuestión. Impactando y desestabilizando los discursos hospitalarios de los profesionales de la salud. Generando tensión e intercambios en las conductas y la comunicación entre las enfermeras.

Las mujeres que deciden abortar inician su tratamiento con misoprostol luego de la consulta médica en algún centro de salud o consultorio hospitalario. El aborto lo realizan en sus domicilios, solas o acompañadas. El paso por los pasillos de maternidad, suele ser por una visita programada con alguna ginecóloga que garantice la IVE. También, sucede que el aborto en curso se complique y la mujer requiera de una internación para ser evaluada en el proceso de IVE.

“acá en maternidad las pastillas no se dan. Las consiguen en los consultorios externos”

(Lic. Enfermera, 38años)

“...a la paciente no se le pregunta nada, no es de mi incumbencia, yo priorizo los cuidados prequirúrgicos. Cuando se requiere internación, es porque el aborto fue incompleto y necesita un legrado...” (Lic. Enfermera, 40 años)

Al momento de asignar la cama de internación para cada mujer, enfermería se arma de criterios y valoraciones. Se evalúa cual será la habitación más acorde a la necesidad de la mujer. Si la demanda de atención es mínima y existe la posibilidad de tener habitaciones liberadas, en estos casos de aborto en curso, se prioriza

que la mujer quede en una habitación individual. En muchas ocasiones la mujer ingresa sola, donde transcurre el proceso de IVE sin nadie que pueda acompañar.

La IVE evita la vulneración de los derechos de la mujer frente a la decisión que tome con respecto a su vida, cuerpo y reproducción. La información acerca del aborto voluntario llevo a la Maternidad con nuevos enfoques y otra óptica. Dejo de ser esa discusión de pasillos de hospital, quien sí o quién no. Y se posiciono a la IVE como un tratamiento, con todas sus dificultades burocráticas que la mujer debe garantizarse por sus propios medios.

A pesar de las diferentes consideraciones frente a la IVE, fundamentalmente de tipo social, cultural y el rol asignado a las mujeres. Los cuidados de enfermería se sostuvieron de igual manera. Las diferentes construcciones e ideas en relación al tema de investigación operan en las acciones de cada enfermere. Les enfermeras que trabajan atendiendo y cuidando a las mujeres en el servicio de maternidad, visibilizan la calidad de atención, los insumos inadecuados, la infraestructura precaria, las tensiones, las angustias, las relaciones violentas y hegemónicas que preexisten en los hospitales y salas de internación.

“acá en maternidad, la mayoría opina diferente y no está de acuerdo con los abortos voluntarios pero ninguno se niega a atender, o a tomar objeción de conciencia” (Lic. Enfermería, 38)

“Entiendo que es una decisión muy difícil, por eso no las juzgo. Nunca pase por nada similar, pero debe ser una situación complicada”. (Lic. Enfermería, 33 años)

“La IVE, está bien. Si realmente todo fue una accidente” (Lic. Enfermería, 40 años)

Las representaciones y las practicas colectivas que interpelan en les enfermeras, se reproducen en los discursos, se naturalizan y se instalan como normas tacitas del servicio. Es urgente la reflexión y análisis de la problemática que se plantea en esta investigación, involucrando la ética profesional, el marco legal y la situación del servicio de Maternidad. De esta manera, lograr dar respuesta a nuevas herramientas que aporten al rol de enfermería en el cuidado de mujeres que deciden abortar.

Durante las entrevistas con las participantes, se obtuvo un dato clave para la investigación. Se desconoce la ley 27.610 y no hay difusión de la misma; el rol de la enfermería se centra en las tareas básicas; no existe el dialogo con la mujer en proceso de IVE ni consejería pos aborto, como así también, el personal de enfermería no recibe capacitación para la atención de las IVES y el trabajo interdisciplinario es precario e insostenible.

“...si tuviéramos una preparación previa y conociéramos del tema me sería más fácil la atención con las mujeres que se hacen una IVE...” (Lic. Enfermera, 33años)

Capítulo IV

Análisis de los datos

El análisis de los datos se inicia en los primeros momentos de la investigación y se sostiene hasta el final. No obstante, se recuerda, que al ser una investigación de carácter cualitativo el análisis de la información es flexible y se puede adaptar a las situaciones que vayan surgiendo en el contexto social. Las categorías simples serán los datos identificatorios de les enfermeras en el estudio; edad, género, antigüedad laboral, nivel de formación y religión. Y las categorías de mayor complejidad son las representaciones sociales que poseen, como así también, las dimensiones en el aprendizaje y en el conocimiento que poseen en relación a la IVE. La acción y la práctica en el cuidado dirigido a las mujeres. Las respuestas a las preguntas de la entrevista semiestructurada serán clasificadas de manera original. Luego se procederá a la comparación de cada una de las respuestas.

La información y los datos se obtuvieron directamente de les actores claves, del equipo de enfermería que desarrolla su labor en el servicio de Materno Infancia del Hospital Artémides Zatti que se constituye por: 7 Licenciadas y 2 Auxiliares. Están programadas de tal manera que el servicio queda cubierto por 24 horas, en turnos de mañana, tarde y noche.

A través de las entrevistas semiestructuradas y la observación del servicio, que se aplicó como técnica de recolección de datos, se logró entrevistar a 4 Licenciadas en Enfermería, donde la población restante de 2 Licenciados masculinos, identificados como varones Cis decidieron no ser entrevistados y mantener su opinión al margen de la investigación. Mientras que les 2 Auxiliares manifestaron no conocer del tema y no desear ser entrevistadas. Anteriormente a las entrevistas se da a conocer las autorizaciones correspondientes y los consentimientos informados que habilitan la participación en la investigación.

Cabe mencionar que no deja de ser un dato significativo para esta investigación, que el personal masculino varón cis haya decidido mantenerse al margen de esta investigación, por lo cual es un dato que será analizado más adelante.

Tabla 1: Distribución de las participantes según género, edad, formación académica, religión y años de servicios.

Entrevistada	Genero	Edad	Formación	Religión	Años de Servicio
1	Mujer Cis	40	Licenciada	No practica	20 años en total 7 años en Maternidad
2	Mujer Cis	38	Licenciada	No practica	14 años en total 7 años en Maternidad
3	Mujer Cis	33	Licenciada	No practica	8 años de Servicio
4	Mujer Cis	50	Licenciada	No practica	30 años en Maternidad

Durante el encuentro con las entrevistadas, se logró obtener datos que describen las características personales de cada una de ellas. Estos datos aportan a la comprensión de la problemática en cuestión.

Conocer cómo se percibe la persona entrevistada, en este contexto y esta profesión y para esta investigación es una característica de relevancia. Las entrevistadas, enfermeras y mujeres autopercividas como mujeres cis; dejan al descubierto el concepto de mujeres a través de sus discursos y acciones.

“Las mujeres internadas en el servicio de maternidad, se las encuentra vulnerables, están la mayor parte desnudas, cansadas, algunas amamantando, solas, pasando por un momentos de muchas

emociones, y a veces son momentos de mierda... mínimo se merecen ser tratadas con respeto; y puedo decir que acá las compañeras y el equipo de enfermería se dirige con todo respeto a las mujeres, se presentan y cuentan quienes son, como se trabaja y que procedimientos van a realizar. (Lic. Enfermera, 33años)

Sí, es verdad que vamos a escuchar a veces decir sobrenombres, como mamita, madre, mamá, gordi; pero sucede que hay días que andamos a mil con mucho trabajo, Hay muchas camas y es mucha la demanda para el poco personal que somos....” (Lic. Enfermera, 40años)

Si ser mujer en una sociedad heteronormativa y patriarcal es sinónimo de deberes, reglas, estructuras y estereotipos. Ser mujer en una salud pública hegemónica y biologicista es sinónimo de vulnerabilidad, de relación de dependencia y violencia.

Ser mujer en una sala de Maternidad en el Hospital Zatti, es ser madre o mamita, así de esta manera son nombradas durante el periodo de internación. Son nombradas así, por todo el personal que ingresa por esa puerta de esa habitación.

La información que se obtuvo de la observación da muestra que la demanda y la sobrecarga en el horario del equipo de enfermería resulta ser un factor determinante en la relación y cuidado con las mujeres internadas, quedando así, en un orden de prioridades la atención inmediata de la patología y de la clínica, descuidando la relación y el rol de enfermería en la atención de una IVE.

Una de las categorías identitarias que se analiza en esta investigación es el género; entendiéndose como una construcción social y cultural, exponiendo las desigualdades que existen entre hombres y mujeres, en términos biológicos se refiere a la identidad sexual de los seres vivos y la distinción que tradicionalmente se hace es entre “Femenino” y “Masculino”.

Dos de las entrevistadas refirieron estar de acuerdo con lo que trae y atraviesa el feminismo, comparten el lugar que va ganando la mujer y las nuevas identidades de género, reconocen los derechos otorgados y ganados desde las luchas feministas, y refieren moverse de los lugares de sumisión y obligación que los viejos paradigmas posicionaban a las mujeres.

“no todas las mujeres que ingresan a este servicio viene a maternar, no todas lo desean y no todas son iguales. En el servicio de maternidad se trabaja con pacientes que vienen a tener a sus bebés o vienen por otras cuestiones ginecológicas. Que si lo pensamos de esta manera, ya es momento de proponer el servicio de Gineco/Obstetricia. Así dejar de llamarlo “maternidad”...

(Lic. Enfermera, 38 años)

Otra categoría que se analiza, es la edad y de qué manera influye en el cuidado de enfermería ante las mujeres que ingresan con una IVE en curso. Se comprende que la construcción de ideas y sentires cambia o se modifica al pasar de los años, y que va acompañado con el contexto social en el que las entrevistadas fueron creciendo como profesionales y formado sus propios ideales.

“Más allá del laboratorio, del positivo en el tés de embarazo, que es lo que anuncia una vida en curso... más allá de todo eso, mi opinión no es válida, que ellas hagan con su cuerpo lo que quieran”. (Enfermera, mujer de 40 años)

“Con respecto a la aprobación de la ley, sentí que era necesaria. En el 2018 viví ese momento como algo que era necesario y urgente de implementar” (Enfermera, mujer de 38 años)

A través de la observación que se realizó como muestra de recolección de datos en el servicio de Maternidad e Infancia, se logró comprender que lo generacional también es un determinante en la construcción y pensar de las cuerpos de las mujeres que ingresan en la sala de maternidad del Hospital Zatti. Es así, que los actores enfermeras que manifestaron mantenerse al margen de la investigación, condice con las edades entre ellos y la misma respuesta en común.

“...prefiero no dar a conocer mi opinión de esas mujeres...” “...no conozco nada del tema...”

Las participantes que fueron entrevistadas resultaron ser Licenciadas en Enfermería. El resto de los actores que decidieron no participar son Licenciados y Auxiliares en Enfermería.

Observando que el nivel de formación hace la diferencia en el momento de analizar las acciones de enfermería con respecto a lo que esta investigación propone como ejes centrales. Se puede decir, que la formación académica si es una característica que interviene y contribuye a que tengan un comportamiento

determinado con relación a las mujeres que solicitan una IVE. La información que circula entre las Licenciadas en Enfermería resulto ser más normativa y protocolar mientras que la información que se obtuvo de les Auxiliares fue limitada e insuficiente.

La religión, como práctica normativa de comportamiento y filosofía de vida de quienes la profesan, en esta investigación es un dato que llegaría a afectar las acciones en el cuidado a las mujeres que decidieron realizarse una IVE. Se pudo observar que es una categoría identitaria que no es relevante, por lo tanto no influye en las prácticas del cuidado y en la atención de enfermería. Las 4 entrevistadas refirieron no ser creyentes ni practicar ninguna religión.

Los años de servicio, es el tiempo transcurrido que vive una persona en su carrera profesional, en un lugar determinado donde va adquiriendo saberes y habilidades que le otorga ciertos lugares de privilegios. En este caso las enfermeras que fueron entrevistadas y participaron de la investigación, cuentan con más de 8 años de experiencia en la Maternidad del Hospital Artémides Zatti. La enfermera con mayor antigüedad, expone una actitud más tradicionalista y comprensiva al momento de relacionarse con las mujeres que están internadas por diversas cuestiones. Se observa, en ella, el orden, la organización, lo normativo y otra dinámica al momento de accionar con el cuidado.

“Un día de trabajo en maternidad, a mí, me apasiona. A mí me gusta estar encima de la paciente, me gusta saber todo y en que la puedo ayudar.....Nuestro servicio es dinámico, nos organizamos con el compañero de guardia y nos dividimos entre mujeres y recién nacidos”.

(Lic. Enfermería, 30 años de servicio)

A medida que la investigación avanza, la recolección de los datos se vuelve más rica, contribuyendo al análisis del mismo. Las categorías de complejidad se analizan en lo observado durante las entrevistas a las participantes, en los discursos que imparten para dar respuestas a las preguntas de investigación.

Las representaciones sociales, como objeto de estudio en el servicio de maternidad, se logran identificar como un fenómeno social y construcción colectiva

entre las enfermeras del servicio. En los que fue posible identificar la presencia de estereotipos, valores, creencias, opiniones y normas en torno a las mujeres que se internan con una IVE.

Aborto espontaneo VS aborto voluntario:

Las construcciones e ideas que se atribuyen a la práctica del aborto, cambian por completo, cuando se trata de un aborto espontaneo, donde la maternidad es deseada y por diferentes causas el embarazo fue finalizado de manera espontánea. En estas ocasiones, en el servicio de maternidad se puede percibir un cambio en lo actitudinal, en la planificación de cuidados, en la valoración y el abordaje de las mujeres que ingresan por un aborto.

“es un momento difícil por el cual transcurre esa madre, acompañamos en los cuidados y a la familia para que se sientan mejor....pienso en esas mujeres que abortan porque si, que antes de llegar a tomar una decisión así, existen una millón de métodos anticonceptivos para evitar el aborto. Y son gratis, en todos los centros de salud y hospitales” (Lic. Enfermería, 40 años)

“...pienso que se debe reforzar la prevención. En su momento me choco y no estuve de acuerdo. Si pienso que hay casos donde sí se respeta la decisión. Por ejemplo, hay bebes que vienen a sufrir... Yo pienso que estudiamos para salvar las vidas” (Lic. Enfermería, 56 años)

Todo aborto es difícil, implica una pérdida y la exposición del cuerpo de la mujer en un contexto hospitalario que resulta hostil. Es difícil el dolor por el cual atraviesa el cuerpo, desbordado de hormonas, en soledad o acompañada. Y resulta, más difícil soportar la opinión del “otro” que proporciona cuidados.

Las entrevistadas refirieron no sentirse capacitadas para acompañar la IVE y en muchas ocasiones ese sentir fue otorgado por una mirada totalmente hegemónica y paternalista que transmiten los médicos al equipo de enfermería.

Recopilando la información de los cuadernos de campo, se observa una conducta normativa instalada entre el equipo de enfermería, que deja una brecha entre la mujer que aborta y la madre que pierde ese embarazo. Los cuidados son mínimos y la atención es diferente.

El paradigma mujer-madre rige históricamente como modelo e ideas subjetivas en el servicio de maternidad condicionando las prácticas profesionales, el posicionamiento de saberes, las acciones de cuidado y las interpretaciones de una realidad subjetiva que opera al momento de una IVE.

“es diferente, cuando ingresa una paciente que perdió a su bebé la situación es distinta y los cuidados son distintos, ellas no querían abortar, ellas querían tener ese bebé”

(Lic. Enfermería, 40años)

“siento que no es necesario mi acompañamiento en las situaciones donde las mujeres abortan, ellas llegan con una decisión tomada y están donde están porque así lo quisieron”

(Lic. Enfermería 56años)

“solo ingresamos a la habitación para hacer los controles de signos vitales. Del resto se encarga la médica...” (Lic. Enfermería, 38 años)

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en los espacios de salud pública, continúan siendo escenarios de controversia y conflicto entre les profesionales de la salud. Las ideas que se van construyendo a medida que les enfermeras interactúan en el contexto laboral y los acontecimientos sociales que circulan entorno a las mujeres que deciden un aborto incrementa esa brecha en los cuidados que promueven les enfermeras de maternidad.

Teniendo en cuenta a la autora, antes mencionada, Laura King, quien realiza un posicionamiento desde otra óptica en relación a los abortos espontáneos. Deja en evidencia las diversas causales impunes, las cuales no son cuestionadas por lxs profesionales y la mayoría de las veces, ese aborto es producto de las negligencias sociales, las sobre carga laboral, la violencia familiar, la inaccesibilidad al sistema de salud.

Otras complicaciones:

Cabe destacar los emergentes que surgieron durante las entrevistas. Los cuales no se tenían presente durante la construcción de la investigación, como factores que podrían influir en los cuidados que se dirigía a las mujeres que ingresaban a la maternidad.

El recurso humano, en ocasiones suele ser insuficiente cuando la demanda de atención excede el número de camas. Las enfermeras que fueron entrevistadas, manifestaron sentirse sobrecargadas debido a la falta de recurso humano, siendo dos por turnos de ocho horas para un total de 12 camas, con distintos motivos de internación sumando los cuidados que requieren los recién nacidos. Es por esta razón que la atención adecuada se torna difícil.

A través de la observación y durante las entrevistas, surge un segundo factor determinante en el cuidado de enfermería que también afecta a la organización del servicio. Lo edilicio y la distribución de los espacios que se comparten con Pediatría resultan ser obstáculos en la atención sanitaria. Generando tensiones y estrés en la interacción con profesionales. Pensar en la idea de separar los servicios para liberar la circulación en los pasillos y construir normas y protocolos adecuados para la atención de las mujeres es materia pendiente para las políticas sanitarias que interviene en la salud pública.

Capítulo V

Conclusión:

El feminismo comprometido con la emancipación de los cuerpos de las mujeres, ha logrado desestabilizar los sentidos asociados a la práctica del aborto. En 2018, frente a la grieta que se formaba en los argumentos y discursos religiosos y científicos reduciendo al aborto como un acto pecaminoso, delictivo y enfermo. La lucha en las calles de las mujeres que se organizaron, puso en jaque toda discusión. Donde abortar en condiciones seguras en Argentina era un privilegio de quienes tenían los recursos económicos y la información necesaria para no poner en riesgo su vida. Hoy, se respira ley.

Es así, que el 24 de enero del 2021 entro en vigencia en todo el país la Ley Nacional N° 27.610 que regula el acceso a la IVE y a la atención postaborto. La ley es de orden público y esto implica que sea de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina. (Ministerio de Salud, Argentina; 2021)

Este estudio permitió mediante un enfoque cualitativo y transversal, describir y conocer cómo operan las representaciones sociales que poseen las enfermeras del servicio de Maternidad del Hospital Artémides Zatti en relación a las mujeres que ingresan por una IVE entre los meses de agosto y noviembre del 2022.

Teniendo presente que esta investigación se gesta desde las teorías feministas y entramados en materia de derechos de salud sexual y reproductiva de las mujeres y la posición militante, feminista y política con la que se enmarca este estudio, por esta razón la validez de las muestras se centra en la comprensión de los procesos subjetivos de cada entrevistada y en la representación e interpretación del fenómeno en estudio.

Tal como se menciona anteriormente, se realiza un análisis de las diferentes situaciones actitudinales y valoraciones de las enfermeras ante aquellas mujeres que transitan un aborto en la maternidad del hospital. Definir aborto donde existe

el deseo de materna, resulta confuso para quienes cuidan en el servicio. Frente a valoraciones y representaciones sociales que se fueron reproduciendo entorno a las mujeres que deciden un aborto, los cuidados de las enfermeras y los paradigmas hegemónicos que sostienen a los médicos, continúan marcando la brecha para las mujeres que ingresan por una IVE.

Según refiere la enfermera del servicio de maternidad, “la mujer está en el lugar que ella eligió”. La mujer que ingresa por IVE y que requiera una internación solo es evaluada por las ginecólogas. Enfermería se limita a los cuidados de los signos vitales. Frente a estas afirmaciones solo se construyen más interrogantes: ¿Cómo se cuida a la mujer, en el servicio de maternidad, que desea no ser madre? ¿Qué se cuida, el aborto o la mujer? El acompañar en situaciones de aborto es un acto de cuidado, estar ahí, sosteniendo el diálogo y la mirada. Acompañar desde los saberes y sentires populares.

Durante la construcción de la investigación y la observación en el servicio de Maternidad e Infancia del Hospital Zatti, se logra dialogar de manera informal con el personal de enfermeros (varones), quienes manifestaron no dar su consentimiento en la participación de la investigación. Lo cual, resulta un dato no menor que capta la atención abriendo nuevos paradigmas en relación a la investigación. Es preciso conocer y reconocer la “voz” de quienes cuidan y acompañan a mujeres en procesos de IVE. Ante esta negación solo se reconoce la brecha que los varones cis heteronormativo infunden ante las cuerpos de las mujeres que deciden no cumplir con los estereotipos sociales y culturales. Me surgen preguntas que cuestionan su silencio: ¿Qué representaciones, patriarcales y machistas, prevalecen en sus prácticas de cuidado ante una IVE? ¿Qué conceptos, ideas y representaciones comparten en relación a la lucha y organización feminista?

El aumento en la demanda de atención, la ineficaz distribución de los espacios y recursos materiales en los hospitales continúa siendo un factor determinante en los cuidados adecuados de enfermería y la calidad de atención. Como así

también, influye las relaciones hegemónicas y paternalistas que continúan siendo por excelencia, la única manera de comunicación entre el equipo de salud.

Es una realidad que enfermería maneja escasa información acerca de las mujeres que deciden abortar. Situarse en estos escenarios que vienen aparejados desde una óptica feminista que les resulta incómodo e inusual trabajar estas problemáticas en el servicio de maternidad.

Es así que para lograr dar un giro en aquellas situaciones donde se compromete el cuidado en mujeres que decidieron interrumpir su embarazo, fue preciso conocer las características personales de cada entrevistada, sus saberes, sus ideas y subjetividades observando cómo influye en el ejercicio de su práctica.

Las representaciones sociales permiten la construcción de una realidad social de la IVE y de las mujeres que solicitan esta intervención. Pero además, otorgan una “visión” que poseen las enfermeras que utilizan para actuar y tomar posición ante esta problemática.

Los resultados que arroja esta tesis respecto a las representaciones sociales que construyen las enfermeras en el servicio de maternidad con relación a la mujer en proceso de IVE, aporta a comprender las subjetividades con las que se planifican y organizan los cuidados de enfermería, quedando demostrado como operan los saberes y posicionamientos hegemónicos, como así también, las construcciones colectivas dentro del servicio de maternidad frente al fenómeno social de la IVE.

Finalmente, puedo concluir, que a partir de esta investigación se logre dar respuesta por parte de las instituciones de salud a los interrogantes que dejan abiertas nuevas posibles investigaciones. Como así también, reconozcan las dificultades por las cuales los derechos de salud sexual y reproductiva de la mujer son materia pendiente, en la agenda de los servicios intrahospitalarios.

Recomendaciones:

Como referencia estadística se obtuvo datos, los cuales son actualizados de manera sistemática por la Red Socorristas: de las 13.292 personas que solicitaron acompañamiento a Socorristas, 1.404 abortaron en el sistema de salud. Desde 2019 se registra lo que sucede con los acompañamientos de abortos en el sistema de salud. Estos datos fueron muy valiosos durante la pandemia y siguen aportando a las acciones para hacer vivir la Ley 27.610.

El 81,4% no requirió internación para acceder al aborto. En cuanto al método utilizado para interrumpir el embarazo el 70,2% fue con misoprostol; 12,7% con misoprostol y mifepristona y el 11,2% con AMEU (aspiración manual endouterina). El resto se dividió en legrado (1,4%); cesárea (0,1%); y procedimientos con medicamentos para culminar AMEU (2,7%) o legrado (1,7%). (SenRed, 2022)

Dar a conocer estos datos estadísticos podría justificar las próximas recomendaciones a futuro en el servicio de maternidad.

Conocer el marco jurídico y legal de la ley 27.610

Motivar la instancia de construcciones de protocolos y normas del servicio para la atención de enfermería frente a la IVE.

Construir dispositivos de acompañamiento a mujeres que deciden una IVE.

Fortalecer el trabajo interdisciplinario como estrategia para la atención de las IVES

Capítulo VI

Bibliografía:

Beatriz MORRONE y Javier MENDIZABAL (2021). Contrasentido discursivo: el escenario de la enfermería argentina ante el covid-19. XIV Jornadas de Sociología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

<https://www.aacademica.org/000-074/222>

Sistematización de acompañamientos a abortos. Realizados por Socorristas en Red durante el año 2022. www.socorristasenred.org

Pedagogías revueltas, “es ley el aborto como contenido de la ESI”. (La Revuelta 2021)

Mendizábal, J.A. (2018). La democratización del cuidado en la enfermería Argentina. Aspectos sociohistóricos develados con perspectiva de género. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 22(50). Recuperado de

<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.50.06>

Paula Arina Juárez; La importancia del cuidado en enfermería. Facultad de enfermería y obstetricia de Celaya, Universidad de Guanajuato. México. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>

Canevari Bledel, Cecilia; Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública; Santiago del Estero; FHCSyS – UNSE; Barco Edita 2011

OMS (2012). Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf

PNSSyPR (2015). “Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto”. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación

Guía de lenguaje inclusivo no sexista e igualitaria para el uso en HCDN
https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dprensa/guia_lenguaje_igualitario.pdf

Guía de Lenguaje Inclusivo

<http://falgbt.org/guiadelenguajeinclusivo>

CSJN (2012). Fallo “F., A. L. s/Medida autosatisfactiva”.

[http://www.csjn.gov.ar/confal/ConsultaCompletaFallos.do?method=verDocumentos
&id=13517](http://www.csjn.gov.ar/confal/ConsultaCompletaFallos.do?method=verDocumentos&id=13517) [consulta, 8/10/2014].

Ministerio de Salud de la Nación (2015) Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo.

Consejo internacional de enfermería (CIE). (2012). Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Obtenido de sitio web de Consejo internacional de enfermería:

http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf

Martin Mora, (2002) “Las Teorías de las Representaciones Sociales de Moscovici Universidad de Guadalajara. México

Florencia Trentini, Aalejandra Perez (2021) “territorio de cuidado” participación política de mujeres mapuches.

Sandra Araya Umaña, México (2000) “representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión”

Mabel, Bellucci; Historia de una desobediencia: aborto y feminismo. Ciudad autónoma de BS.AS: Capital Intelectual (2014)

Laura Klein; entre el crimen y el derecho. El problema del aborto. Buenos Aires, Booket, (2013)

Mario Borini y Luis Migueles, Mortalidad materna, abortos y cesáreas: “Tres interpelaciones demoradas”; cuadernos para volver a Carrillo (2015)

Socorristas en Red Argentina (feministas que abortamos) 2017 Sistema de acompañamientos a abortar.

ARCHENTI, N.; MARRADI, A., y PIOVANI; J.I. (2007) Metodología de la Ciencias Sociales. Buenos Aires: EMECE.

Maxwell, Joseph (1996) Qualitative Research Design: An Interactive Approach. Londres: Sage Publications

Vasilachis de Gialdino, Irene (2006) “La investigación cualitativa”, en Vasilachis de Gialdino, I. (coord) Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Edit. Gedisa.

Leyes citadas:

Código Penal, ley N° 23.077 Art. 86

Ley 4796, decreto 182 Atención sanitaria en casos no punibles en la provincia de Rio Negro.

Ley N° 3338 Objeción de Conciencia

Ley N° 27.610 Interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE)

Anexos

Anexo I

Entrevista semiestructurada para los profesionales de enfermería Fecha:
...../...../.....

Edad.....

Años laborales.....

Título otorgado.....

Guía tentativa de preguntas:

1. ¿Practicar alguna religión/culto o creencias?
2. ¿Durante tu jornada laboral, te diriges a las mujeres que ingresan a la maternidad por su nombre? O ¿preferirías dirigirte a ellas de alguna otra manera que consideres más "afectuosa"?
3. ¿Situándonos en el año 2018 donde se debate la legalización del aborto?. ¿Cómo profesional de la salud, que fue lo primero que sentiste?
4. ¿En ocasiones, los profesionales de la salud se niegan a atender abortos basándose en objeciones de conciencia al procedimiento, cual sería tu elección personal?
5. ¿Sabemos que son pocos los abortos voluntarios o espontáneos que requieren una internación, pero cuando esto sucede cuáles son tus cuidados que brindas a la mujer?
6. ¿Supongamos que IVE sea legal, libre y gratuito en Argentina, te sentirías preparada/o para acompañar a la mujeres que decide abortar?
7. ¿Manifestarías recibir capacitaciones para brindar atención de calidad?

Anexo II

Presentación de proyecto a la dirección del hospital Viedma, Rio Negro, Hospital Artemides Zatti

Sr. Director de Hospital Artemides Zatti Dr. José Nazario Pacayut

PRESENTE

Estimado Dr. José Nazario Pacayut:

Por medio de la presente me dirijo a Usted a fin de dar a conocer que como estudiante perteneciente a Centro Universitario Regional Zona Atlántica de la Universidad Nacional del Comahue, me encuentro realizando la tesis para optar el título de grado de la Licenciatura en Enfermería.

Por tal motivo, solicito autorización para llevar a cabo la investigación titulada “Representaciones sociales de les enfermeras con respecto a mujeres en proceso de interrupción voluntaria del embarazo en el servicio de Maternidad e infancia del Hospital Área Programa Viedma Artémides Zatti entre los meses de agosto y noviembre de 2022”

Para ello, será necesario realizar entrevistas al personal de enfermería con previo consentimiento, evitando inconvenientes en el normal desempeño de los cuidados administrados.

Para mayor comprensión del proyecto que se desea ejecutar, se adjunta copia del mismo.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, saluda a Usted Atte.

Enf. Echevarría Eliana Belén

Anexo III

Consentimiento informado:

Investigación: “Representaciones sociales de les enfermeras con respecto a mujeres en proceso de interrupción voluntaria del embarazo en el servicio de Maternidad e infancia del Hospital Área Programa Viedma Artémides Zatti entre los meses de agosto y noviembre del año 2022”

El siguiente estudio tiene como finalidad comprender y describir las representaciones de les profesionales de enfermería en el cuidado brindado a las mujeres que ingresan por interrupción voluntario embarazo al servicio de maternidad en esta institución pública y es llevada a cabo por Echevarría Eliana Belén estudiante de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional del Comahue Centro Universitario Regional Zona Atlántica.

- La participación es voluntaria.
- Serán entrevistades acerca de sus cuidados brindados a las mujeres que ingresan por IVE durante la internación.
- No recibirá ningún beneficio directo al participar del estudio ya que los resultados tendrán un interés científico.
- La participación del estudio es confidencial.
- La información podrá ser divulgada en reuniones y publicaciones de carácter científico, conservando el anonimato de las y los profesionales.

He leído y se me ha explicado toda la información descripta en este formulario antes de firmarlo. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Viedma, Rio Negro.....de..... Del 2022

Firma..... Aclaración... ..

